

PROGETTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DEGLI ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI - IMA/SCA

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Libro dei progetti e delle esperienze



Convegno
"Prevenire le recidive cardiovascolari:
una rete di alleanze"

Forlì, 13 maggio 2010

Progetto regionale per la prevenzione delle recidive degli incidenti cardiovascolari - IMA/SCA

Piano regionale della prevenzione

Libro dei progetti e delle esperienze

A cura di:

Clara Curcetti, Luisa Parisini

Antonio Brambilla - Responsabile del Servizio

I Referenti aziendali:

Diego Ardissimo, Sara Baruzzo, Carlo Cappello, Manuela Colonna, Mario De Blasi,
Maria Luisa De Luca, Antonio Destro, Marcello Galvani, Gabriele Guardigli, Umberto Guiducci,
Roberto Leghissa, Mauro Manfredini, Massimo Margheri, Angelo Masi, Massimo Pantaleoni,
Pierluigi Pieri, Claudio Rapezzi, Enrico Sverzellati, Paolo Tarlazzi

Progetto grafico e impaginazione: Luisa Parisini

Regione Emilia-Romagna
Assessorato Politiche per la Salute
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Area Governo e monitoraggio attività distrettuale
Viale Aldo Moro, 21
40137 Bologna
lparisini@regione.emilia-romagna.it

Premessa	1
Metodologia	1
I progetti e le esperienze	3
Azienda USL di Piacenza	5
Azienda USL di Parma	7
Azienda Ospedaliera di Parma	8
Azienda USL di Reggio Emilia	10
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	21
Azienda USL di Modena e Azienda Ospedaliera di Modena	24
Azienda USL di Bologna	27
Azienda Ospedaliera di Bologna	47
Azienda USL di Imola	52
Azienda USL di Ferrara e Azienda Ospedaliera di Ferrara	54
Azienda USL di Ravenna	57
Azienda USL di Forlì	59
Azienda USL di Cesena	61
Azienda USL di Rimini	64

Secondo i dati dell'OMS, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo scheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili - da soli - del 60% della perdita di anni di in buona salute in Europa e in Italia.

In Italia, come negli altri paesi europei, il carico di sofferenze dovuto alle malattie riconosce un ristretto gruppo di cause: le malattie cardiovascolari e le neoplasie sono responsabili del 70% dei decessi in Italia. Le malattie cardiovascolari rappresentano, infatti, in Italia uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Nel 2002 si sono verificati nel nostro paese 236mila decessi per queste patologie, che rappresentano il 42,5% del totale. La coesistenza di più fattori di rischio cardiovascolare ha un effetto sinergico nel determinare il rischio di malattia. La correzione di questi fattori e lo sviluppo e la valorizzazione dei fattori protettivi incidono notevolmente sulla riduzione del rischio di malattia.

Dall'insieme di tali fenomeni è derivata una domanda di servizi pubblici che sempre più spesso presenta le caratteristiche di una "presa in carico globale" e che ha evidenziato l'insufficienza dell'assistenza ospedaliera come unica risposta a necessità assistenziali. A questo, la Regione Emilia-Romagna ha risposto con lo spostamento di risorse verso attività territoriali, avendo come obiettivo la garanzia di una risposta il più possibile integrata, sotto il

profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, alla emergente complessità dei bisogni.

In tale contesto assumono infatti rilevanza la sanità pubblica, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, "l'insieme degli sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile", il miglioramento della continuità di cura fra ospedale e territorio e delle relazioni fra operatori sanitari.

Il Ministero della Salute, nella consapevolezza del problema crescente rappresentato dalle patologie croniche ha promosso fin dal 2005 un Piano nazionale della prevenzione che, a fronte di risorse vincolate, spingesse le Regioni a definire interventi organici su diversi ambiti di azione: la prevenzione della patologia cardiovascolare, gli screening oncologici, i programmi vaccinali e la prevenzione degli incidenti in ambito di vita e di lavoro.

Relativamente alle azioni finalizzate alla prevenzione della patologia cardiovascolare si è lavorato sia sulla prevenzione primaria, con un progetto di medicina preventiva attiva e integrata per la riduzione del rischio, sia elaborando un vero e proprio piano dedicato alla prevenzione delle recidive di incidenti cardiovascolari.

In particolare si segnala lo sforzo rilevante rappresentato dall'integrazione di professionalità diverse al fine di migliorare la gestione del paziente dimesso dopo un evento acuto cardiovascolare, con la definizione di percorsi integrati e facilitati tra ospedale e territorio basati su una modalità comune di stratificazione del rischio, e con la valorizzazione anche del ruolo dell'attività fisica nel mantenimento o miglioramento dello stato di salute.

La Regione Emilia-Romagna ha avviato, nel 2006, il Progetto sulla prevenzione secondaria degli incidenti cardiovascolari, per diminuire l'incidenza degli stessi nei pazienti che hanno subito un evento cardiovascolare acuto (IMA/SCA).

Per raggiungere pienamente le finalità del Progetto, nel 2007 è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro regionale, a carattere interdisciplinare e multi professionale, composto da professionisti che operano nell'ambito delle

Aziende Sanitarie (medici di medicina generale, medici cardiologi ospedalieri e territoriali, infermieri) e nei Servizi Regionali della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. Il percorso seguito ha così consentito, nel 2007, di definire specifiche Linee per la realizzazione del Piano regionale della Prevenzione ed il passaggio alla fase di implementazione del Progetto nelle strutture regionali, attraverso l'adozione dei contenuti essenziali da riportare nella lettera di dimissione ospedaliera, dopo un evento

cardiovascolare acuto (IMA/SCA), prioritariamente nelle unità operative di cardiologia.

Al fine di verificare il processo di implementazione del Progetto regionale, è stato avviato nel 2008 un primo monitoraggio, sulle azioni organizzative messe in campo nelle Aziende Sanitarie, finalizzate alla promozione e adozione della lettera di dimissione del paziente con evento cardiovascolare acuto: infarto miocardico o sindrome coronarica acuta (IMA/SCA), a garanzia della continuità assistenziale per i pazienti dopo un evento cardiovascolare acuto. Il processo avviato ha consentito di strutturare una rete regionale di referenti aziendali, tuttavia il percorso di definizione e condivisione si è rivelato più complesso del previsto.

Il monitoraggio è poi proseguito nel 2009, attraverso l'individuazione di obiettivi specifici tra gli ambiti strategici di intervento delle Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale (DGR n. 602/2009). A tal proposito è stato prodotto uno specifico Report 2009 sulla verifica dello stato di avanzamento del Progetto, attraverso la descrizione delle azioni che le Aziende sanitarie hanno attivato per assicurare la continuità assistenziale a questa tipologia di pazienti.

La sussistenza di alcune criticità, ha reso necessario proseguire nell'anno 2010 sulla strada avviata, per la messa a regime e la sistematicità dei percorsi ospedale-territorio; un aspetto importante da approfondire resta certamente il follow-up dei pazienti, diversificati

sulla base della stratificazione del rischio cardiovascolare, per verificarne l'adesione al trattamento e l'osservanza di un adeguato stile di vita.

Sono stati **raccolti complessivamente 28 progetti ed esperienze** avviati nel territorio regionale, contenuti nel presente libro, che permette una più attenta analisi sul lavoro fin qui svolto, evidenziando una capacità comune, da parte di tutte le Aziende Sanitarie, di ridefinire le modalità di cura a tali pazienti, migliorare la qualità dell'assistenza, garantire percorsi di continuità di cura, a livello organizzativo e professionale; il mettere in rete le diverse esperienze permette, inoltre, di costruire una rete regionale di confronto permanente tra i diversi professionisti.

La realizzazione di un **Convegno regionale**, realizzato in collaborazione con l'Azienda USL di Forlì e la Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Forlì, rivolta ai professionisti coinvolti in ambito ospedaliero e distrettuale, delle cure primarie e della sanità pubblica, consentirà **la rete di alleanze** fra operatori sanitari, tra operatori sanitari, operatori sociali, pazienti e loro famiglie.

Ciò sarà possibile sviluppando ulteriormente l'inserimento nella pratica clinica di strategie e interventi di provata efficacia e stimolando nelle figure professionali coinvolte nell'assistenza e nella prevenzione delle recidive cardiovascolari, una cultura comune, competenze adeguate, una maggiore interazione.

I progetti e le esperienze

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Sverzellati Enrico
Indirizzo	Via G. Bruno 2, 29015 Castelsangiovanni (Piacenza)
Recapito telefonico	0523880500 cell. 3483111697
Distretto di	Ponente
AUSL di	Piacenza
E-mail	e.sverzellati@ausl.pc.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Progetto regionale, che prevede l'adozione di lettera di dimissione informatizzata, condivisa con i Medici di Medicina Generale per soggetti con evento cardiovascolare acuto (IMA/SCA) dedicata alla prevenzione secondaria tendente a rafforzare l'aderenza alla terapia farmacologica e alle modificazioni dello stile di vita con particolare riguardo all'attività fisica.

Nell'Azienda USL di Piacenza tutti i pazienti con diagnosi di IMA/SCA afferiscono all'U.O. di Cardiologia Aziendale.

2. Target principale

Pazienti ricoverati con diagnosi di IMA/ SCA.

3. Obiettivi generali e specifici

Prevenzione secondaria delle recidive e delle complicanze degli eventi coronarici acuti.

Riduzione del numero di recidive di IMA/SCA e diminuzione nel tempo del rischio cardiovascolare valutato con la Carta del Rischio ISS.

4. Risultati attesi

Riduzione di numero di accessi ospedalieri dovuti a recidiva di IMA/SCA nei soggetti con pregresso episodio cardiovascolare acuto, incremento dell'aderenza alla terapia farmacologica e alle modificazioni dello stile di vita consigliate all'atto della dimissione e rafforzate dal MMG.

5. Azioni

Adozione di lettera di dimissione informatizzata con possibilità di interazione diretta con il Medico di Medicina Generale del paziente (inizio 16/03/2010).

Divulgazione della stessa mediante incontri con gli MMG svolti in tutti i Nuclei di Cure Primarie dell'Azienda USL di Piacenza.

Counseling infermieristico rivolto a pazienti e familiari particolarmente indirizzato, oltretutto alla aderenza alla terapia farmacologica, alla modificazione migliorativa degli stili di vita con specifico riguardo all'attività fisica.

Programmazione del primo controllo specialistico a 2 mesi dalla dimissione.

Valutazione periodica da parte dello specialista cardiologo e del MMG mediante la Carta del rischio ISS.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Valutazione della efficacia della procedura adottata con:

- Confronto a 1 anno dall'avvio del progetto tra il numero di accessi ospedalieri dovuti a recidiva di IMA/SCA nei soggetti con pregresso episodio cardiovascolare acuto e la rendicontazione dell'anno precedente.
- Rilevazione della variazione percentuale del profilo del rischio di recidiva nel singolo paziente ad 1 anno dalla prima dimissione.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome
De Blasi Mario
Indirizzo
Strada del Quartiere 2/a 43100 Parma
Recapito telefonico
0521 393349
Distretto di
Parma
AUSL di
AUSL di Parma
E-mail
mdeblasi@ausl.pr.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Costituzione formale di un gruppo aziendale interprofessionale per la prevenzione cardiovascolare secondaria.

Tale gruppo comprende cardiologi, diabetologi, specialisti della Medicina dello Sport, specialisti del Centro antifumo, specialisti del Centro per i disturbi alimentari, un rappresentante dei Medici di Medicina Generale.

Il tema della prevenzione secondaria è stato inserito nel 2010 nel fabbisogno formativo trasversale dei Distretti di Cure Primarie.

2. Target principale

Creare percorsi specifici, a disposizione dei MMG, per ridurre il profilo di rischio di recidiva dei pazienti infartuati.

3. Obiettivi generali e specifici

Indicare ai MMG i target appropriati da raggiungere nei pazienti infartuati per quanto riguarda la terapia, lo stile di vita e le patologie concomitanti (con particolare attenzione alla pressione arteriosa ed al diabete mellito).

Costruire percorsi condivisi in ogni Distretto, tra MMG e specialisti coinvolti per trattare i fattori di rischio e ridurre le recidive.

4. Risultati attesi

Maggiore utilizzo delle risorse specialistiche presenti nei servizi, finalizzato ad una riduzione del profilo di rischio dei pazienti infartuati.

5. Azioni

Nel 2010 sono previsti eventi educazionali, rivolti ai MMG, sul tema specifico della prevenzione secondaria, comprendenti gli aspetti clinici ed i contenuti organizzativi concernenti questo tema.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Nel 2010 deve essere coinvolto almeno un nucleo di cure primarie, in ogni Distretto.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Ardissimo Diego

Indirizzo

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Via Gramsci 14

Recapito telefonico

0521.702070

Distretto di

AOSP di

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

E-mail

Cardiologia.parma@ao.pr.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico delle Sindromi Coronariche Acute elaborato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel 2000 e formalmente approvato dal Ministero della Sanità, vi è un capitolo dedicato al percorso strutturato della prevenzione secondaria delle recidive degli accidenti cardiovascolari.

Sono stati pertanto istituiti due ambulatori di II livello denominati "Ambulatorio del post-infarto" e "Ambulatorio del post angioplastica" con rispettivamente 12 e 8 accessi settimanali per un totale complessivo annuale di circa 1000 accessi, corrispondente al numero di Sindromi Coronariche acute trattate in regime di ricovero presso l'Azienda.

E' stato inoltre istituito un percorso clinico formale di collaborazione con gli specialisti della Prevenzione secondaria, ovvero:

1. centro diabetologo;
2. trattamento delle malattie metaboliche;
3. centro antifumo;
4. centro ipertensione;
5. psicologia clinica.

Tale percorso viene attivato a partenza dagli ambulatori di II livello, qualora si ravvisino le condizioni di inadeguatezza degli obiettivi delineati alla dimissione e specificati nella lettera di dimissione indirizzata al Medico di Medicina Generale.

E' stata preparata una pubblicazione da parte della S.C. di Cardiologia di un opuscolo informativo sulla modifica degli stili di vita, per aiutare i pazienti a memorizzare le principali informazioni relative alla dieta, esercizio fisico, trattamento farmacologico, disassuefazione al fumo.

2. Target principale

Pazienti con ricovero ospedaliero per l'ampio spettro delle Sindromi Coronariche Acute.

3. Obiettivi generali e specifici

Creare la consapevolezza che nell'ambito della specifica malattia cronico-degenerativa solo la modifica dello stile di vita può variare la probabilità di incontrare la malattia durante il follow-up.

Influenza delle attitudini positive acquisite dai pazienti sulla totalità dei componenti della famiglia con riverbero a distanza sulla riduzione dei primi eventi cardiovascolari.

4. Risultati attesi

Riduzione della incidenza di recidive di Accidenti Cardiovascolari in pazienti già ricoverati per Sindromi Coronariche Acute.

Migliorare l'aderenza agli stili di vita e alla terapia farmacologia.

5. Azioni

Implementare un percorso integrato con il territorio e i MMG al fine di ottenere una unicità di raccomandazioni e una reiterazione delle stesse, elementi essenziali per il successo della prevenzione secondaria stessa.

A tal fine è stata istituita una specifica commissione per redigere uno strumento informativo interaziendale da utilizzarsi da parte di tutto il personale sanitario della rete cardiologia provinciale che viene a contatto con tali pazienti.

Implementare una competenza specifica nel campo della dieta/mantenimento del peso corporeo ed esercizio fisico attualmente non presente nel percorso della prevenzione secondaria.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Il Percorso intrapreso della prevenzione secondaria è strutturato e come tale prevede diversi livelli di intervento nonché la verifica degli stessi.

% di pazienti che raggiungono le modifiche dello stile di vita indicato

% di pazienti che raggiungono i target terapeutici di riduzione di colesterolo LDL

incidenza di riammissione in ospedale per SCA

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Toni Giulio

Indirizzo

Via Mandriolo superiore 11

Recapito telefonico

0522/606384

Distretto di

Correggio - Ospedale S. Sebastiano SOS Cardiologia

AUSL

Reggio Emilia

E-mail

toni.giulio@ausl.re.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

L'esperienza si colloca nell'area del governo clinico della patologia cardiovascolare cronica (post acuta). Da uno studio pilota sull'efficacia dell'esercizio fisico nelle fasi avanzate dello scompenso cardiocircolatorio iniziato nel 2004 e tutt'ora in corso presso il centro di riabilitazione cardiologica di Castelnovo Monti e, dai dati oggettivi dell'osservatorio Europeo per la patologia ischemica cronica e lo scompenso cardiaco (SHAPE), si evince che l'incidenza della patologia è in continuo aumento nei paesi industrializzati: si vive di più e si sopravvive di più all'evento acuto. In Italia si registrano circa 170.000 casi all'anno di nuovi scompenso cardiaco, ogni giorno si registrano 500 ricoveri, negli ultimi 5 anni il numero dei ricoveri è aumentato del 40%, il numero previsto di persone che andranno incontro alla malattia si stima che raddoppierà nel 2030 (SHAPE 2009). Da solo lo scompenso cardiaco assorbe il 2% delle spese totali del servizio sanitario nazionale, di cui il 70% è dovuto a spese per ricoveri, di cui il 30% sono ricoveri impropri od evitabili (dati ministero salute-ISTAT). Dopo il primo ricovero, questi pazienti vengono ricoverati per riacutizzazione, mediamente due volte all'anno. La criticità risiede nella mancata integrazione Ospedale-Territorio. Attualmente gli sforzi maggiori delle ASL sono rivolti ad ottenere un'ottimale integrazione nel raggiungimento di un'adeguata compliance del paziente nell'assunzione della terapia farmacologica. Poco o nulla viene speso per l'ottimizzazione della terapia non farmacologica e/o prevenzione secondaria.

2. Target principale

Il Target principale è costituito dagli utenti che hanno subito un evento ischemico acuto, non solo la possibilità di usufruire di un "troppo breve" periodo di riabilitazione intensiva (2 settimane al massimo *Pantaleo Giannuzzi art. su IHJ2009*), ma di poter accedere ad un programma strutturato di Riabilitazione Cardiologica estensiva (4-6 settimane) e di mantenimento (tempo indefinito), per poter ridurre l'impatto delle riacutizzazioni sulle strutture sanitarie. Correggio ha un bacino di utenza tale da giustificare un centro di avviamento all'attività fisica attraverso un processo multidisciplinare e multidimensionale. Dati 2009 Gennaio: 24.405 abitanti di cui 4.841 >65 aa; popolazione target per scompenso 480 pazienti totali (ogni fascia età) ovvero 1,98% della popolazione totale (vedi altri bacini utenza vicini), ad esempio, Guastalla 15.022 abitanti di cui 3.319 over 65, perciò altri 285 pazienti, per un totale di 765 pazienti.

3. Obiettivi generali e specifici

Tra gli obiettivi generali si annovera la possibilità di diffondere la cultura dell'esercizio fisico che, citando il Prof. Margaria, è come un farmaco se troppo poco non serve a nulla, se troppo può essere anche pericoloso.

Tra gli obiettivi specifici vi è sicuramente la riduzione dei costi nella gestione di tale patologia calcolati in 280 € circa a paziente per un totale di 36.000 € nel bacino di Correggio e Guastalla, dati estrapolati dallo Studio randomizzato multicentrico (*HF VENETIA IHJ 2004*).

Altro obiettivo specifico è quello di migliorare la percezione della Qualità di Vita del paziente (vari studi randomizzati) riducendo la fragilità del paziente ed il rischio di disabilità.

4. Risultati attesi

Riduzione del 20-30% degli end point primari ovvero della mortalità e delle re-ospedalizzazioni.

Aumento del 30-40% della percezione della Qualità di vita.

Riduzione del 50% dell'incidenza di Depressione maggiore.

5. Azioni

I pazienti vengono sottoposti ad un test Cardiopolmonare di valutazione della capacità funzionale necessario sia per valutare la stabilità clinica del paziente, che per estrapolare la frequenza cardiaca allenante ottenuta con il calcolo della soglia anaerobica. Questo test ci permette inoltre di svolgere una efficace stratificazione prognostica dei pazienti ottenuta dal massimo consumo di ossigeno, secondo i parametri del Dr Corra (recentemente pubblicati sia su JACC che su Circulation) secondo i quali una VO2 Max > di 18 ml/Kg/Min (body lean, ovvero di massa muscolare) assicura una ridotta incidenza di recidive di eventi cardiovascolari acuti. Questo ci permette di finalizzare le nostre risorse verso quei pazienti certamente più a rischio e fragili.

Una volta arruolato il paziente viene affidato alle figure professionali addette all'elargizione dei protocolli di allenamento. A Correggio ci avvaliamo dell'esperienza di un laureato in scienze motorie e di una fisioterapista.

I protocolli sono attualmente applicati in due studi randomizzati multicentrici in corso in Italia. All'inizio del Training i pazienti vengono avviati ad un'attività motoria prevalentemente aerobica (60% della AT), per circa 20' con un carico incrementale sia del tempo di lavoro che dell'intensità. Viene parimenti stimolata la bonificazione muscolare con esercizi di resistenza alla stessa frequenza descritta sopra. Successivamente viene introdotto l'allenamento in INTERVALL TRAINING (quindi anche anaerobico) per stimolare la produzione di scavengers antiossidanti sia enzimatici che non (metodologia importata dal CEBISM di Rovereto). Tutti i partecipanti utilizzano i cardiofrequenzimetri per il corretto controllo della frequenza allenante.

Dopo 4-6 settimane di RBT estensiva eseguita nella palestra del centro riabilitativo dell'Ospedale di Correggio (ambiente protetto per ridurre al minimo la possibilità di eventi avversi) ed eseguito in regime di day-hospital, il paziente continua la RBT (fase di mantenimento) in regime ambulatoriale, con gli esercizi, le frequenze di allenamento estrapolate durante la fase estensiva. Ogni mese il paziente rientra in palestra per scaricare i dati del cardiofrequenzimetro, per adeguare i carichi di lavoro e per esporre eventuali difficoltà incontrate.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Tra gli indicatori abbiamo scelto:

- percentuale di pazienti che hanno interrotto il programma;
- incidenza globale di eventi avversi durante il training;
- percentuale di sessioni che hanno richiesto l'intervento medico;
- percentuali di sessioni in cui il training è stato modificato (ridotto);
- percentuale di inconvenienti osteo muscolo articolare;
- gradimento del programma di training da parte degli utenti;
- compliance all'assunzione della terapia farmacologica;
- riduzione dei re-ricoveri;
- aumento della spesa farmaci cardiovascolari.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Bellocchio Eletta
Indirizzo	Via Martiri della Libertà - Scandiano
Recapito telefonico	0522 850260
Distretto di	Scandiano
AUSL	Reggio Emilia
E-mail	Eletta.Bellocchio@ausl.re.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Sviluppo di progetti di miglioramento e di strategie integrate individuali, di comunità e nei Nuclei di Cure Primarie (NCP), volte a favorire la prevenzione cardiovascolare primaria e la prevenzione delle recidive come previsto dal Piano Regionale di prevenzione.

2. Target principale

- a. Pazienti con IMA pregresso / SCA
- b. Pazienti con Scompenso Cardiaco Cronico

3. Obiettivi generali e specifici

- a. Ottimizzare la terapia del post-IMA con l'utilizzo di Statine e beta bloccanti. Esecuzione periodica di controlli dell'assetto glico-lipidico.
- b. Identificazione dei pazienti con scompenso cardiaco in base alla classe NYHA, definizione del "timing" e la tipologia dei controlli ambulatoriali, degli interventi di diagnostica strumentale/laboratorio e degli strumenti per la monitorizzazione del follow up.
- c. Riduzione del consumo di alcol e del fumo di tabacco nella popolazione generale e nei soggetti a rischio (es. gravidanza e allattamento)
- d. Identificazione dei pazienti fumatori e/o con elevato consumo di bevande alcoliche.

4. Risultati attesi

- a. Utilizzo delle statine nei pazienti con pregresso IMA e incremento dell'uso di beta bloccanti. Sistematico controllo dell'assetto glucidico e lipidico nel post IMA. Riduzione delle recidive.
- b. Per lo scompenso cardiaco il MMG (per quanto di competenza) deve essere in grado di formulare un giudizio di *stabilità*, di *miglioramento* o di *peggioramento* del quadro clinico e riconoscere quali segni indicano la necessità di un controllo. Riduzione dei ricoveri.
- c. Diminuzione del numero di fumatori nella popolazione generale.
- d. Riduzione dell'assunzione incongrua di bevande alcoliche.

5. Azioni

- a. Trattamento farmacologico del post-IMA (con Statine e Beta bloccanti). Management del post-IMA con periodici controlli di glicemia e assetto lipidico (Studio/Ricerca NCP Scandiano 2° semestre 2009)
- b. Progetto di Counselling Alcolologico (2008- 2009-2010); somministrazione del questionario della salute e consigli conseguenti durante il periodo di osservazione da parte dei MMG.
- c. Progetto di Counselling di Comunita' Tabagismo (2008- 2009- 2010); somministrazione del Test di Fagerstrom e del Test Motivazionale breve e invio ai Gruppi per la disassuefazione dal fumo (c/o la sede del NCP di Scandiano) o al Centro Antifumo dell'Ospedale di Scandiano. Progetto condiviso tra MMG e Pneumologi/Internisti dell'Ospedale di Scandiano. Evidenza sulle lettere di dimissione e sui referti specialistici della condizione di fumatore. Attivazione del progetto " Latte e Coccole" presso la sede del NCP di Scandiano: le ostetriche del consultorio incontrano le neo mamme per sostenere l'allattamento al seno, assisterle nella gestione del neonato, favorire la sospensione del fumo e delle bevande alcoliche.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

- a. Analisi dei dati dei MMG relativi alle prescrizioni nel post IMA relativi agli anni 2005-2006-2007-2008 con successivo confronto con i dati emersi nel profilo di cura nel NCP di Scandiano. Discussione con i colleghi Cardiologi su eventuali carenze prescrittive e di monitoraggio delle indagini diagnostiche al fine di condividere il trattamento farmacologico e la gestione del follow up del paziente con IMA (meno recidive).
- b. Riduzione dei ricoveri per scompenso.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Bianconi Lina
Indirizzo	Via Costituzione 4/01
Recapito telefonico	339-6782020
Distretto di	Montecchio
AUSL	Reggio Emilia
E-mail	lina.bianconi@ausl.re.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Promozione degli stili di vita salutari coinvolgendo tutte le realtà presenti nel territorio del Comune di Bibbiano come comune pilota con la prospettiva di estendere il progetto al Nucleo di Cure Primarie (NCP) 3 e al Distretto di Montecchio:

Cure Primarie (MMG, PLS, infermieri del SID, Specialisti ambulatoriali)

Dipartimento Sanità Pubblica

Lega Tumori - Luoghi di Prevenzione -

Società Medica "Lazzaro Spallanzani"

Comune di Bibbiano IV servizio, Centro Diurno

Istituto comprensivo, scuola materna Maria Ausiliatrice e San Domenico Savio, scuola materna comunale, scuola primaria parificata, scuola media inferiore Maria Ausiliatrice, CIOF

Società sportive

Associazioni di volontariato (AUSER, AVIS, Croce Arancione, GEB, Centro di Educazione Ambientale dei territori canossiani)

Circoli e Centri Sociali (ARCI, ANSPI)

Parrocchia di Bibbiano e di Barco

I presupposti del progetto sono i seguenti:

gli obiettivi aziendali già in essere per i MMG (calcolo del RCV globale, rilevazione del dato della abitudine tabagica e del consumo di alcool in un campione dei propri assistiti) e i PLS (baby non smoke, rilevazione del BMI e iniziative per la prevenzione della obesità infantile), le tante iniziative di informazione sanitaria per i cittadini, le iniziative di educazione e informazione sugli stili di vita nella scuola, l'offerta di attività motoria e di nordic walking presenti nel Comune di Bibbiano, la volontà dell'Amministrazione comunale di Bibbiano di favorire progetti volti alla promozione della attività motoria per la prevenzione cardiovascolare (vedi linee programmatiche di mandato della legislatura), il progetto della Società Medica "Lazzaro Spallanzani" volto alla promozione della informazione indipendente ai cittadini in sanità finalizzata alla promozione di stili di vita salutari per cui è stato costituito un gruppo di progetto multidisciplinare con la partecipazione del collegio IPASVI e dell'Ordine dei Farmacisti cui la Fondazione Manodori ha accordato un finanziamento dedicato per l'anno 2009.

2. Target principale

Per gli abitanti del Comune di Bibbiano promuovere stili di vita salutari con iniziative mirate alle varie fasce di età.

Con tutte le realtà presenti sul territorio condividere messaggi, strumenti e iniziative.

3. Obiettivi generali e specifici

Promuovere informazione indipendente e univoca perché condivisa, sugli stili di vita salutari ai cittadini (alimentazione, attività fisica, abolizione del fumo, consumo adeguato di alcool riduzione del consumo di sale).

Promuovere e coordinare le iniziative educative nella scuola sugli stili di vita (fumo, alcool, alimentazione).

Promuovere l'offerta di attività fisica organizzata e libera (informazione su percorsi e sentieri).

Uniformare il materiale informativo a supporto del counselling individuale e in tutti i punti informativi e di aggregazione.

Attuare un censimento dell'offerta di attività fisica presente nel territorio comunale e nella Val d'Enza da diffondere nei punti informativi e da fornire ai MMG e PLS come supporto al counselling individuale.

Promuovere la cultura della promozione degli stili di vita salutari in tutti gli operatori non solo sanitari, ma anche dei servizi sociali, del mondo della scuola, dello sport e del volontariato.

Promuovere attraverso iniziative pubbliche (strabibbiano, fiere e feste) la conoscenza di percorsi e sentieri presenti nel territorio di Bibbiano e dintorni per "camminare insieme per guadagnare salute".

Estendere la rilevazione di RCV, BMI, abitudine tabagica e consumo di alcool nelle varie fasce di età da parte dei MMG e PLS e attuare l'opportuno counselling individuale e follow up volto alla riduzione del rischio cardiovascolare.

Tutte queste iniziative che sono volte alla prevenzione cardiovascolare primaria creano di fatto una rete territoriale volta alla promozione degli stili di vita salutari che è utile anche allo sviluppo di una efficace prevenzione cardiovascolare secondaria soprattutto nella fase di follow up a lungo termine che non può che avere uno sviluppo nel territorio e nel tessuto sociale di appartenenza.

4. Risultati attesi

Estensione all'insieme della popolazione nelle varie fasce d'età, la rilevazione dei dati utili alla prevenzione cardiovascolare (abitudine tabagica, BMI, RCV, attività fisica, consumo di alcool).

Miglioramento degli indicatori che concorrono ad aumentare il RCV.

Miglioramento del profilo di salute del NCP 3 rispetto ai parametri delle malattie cardiovascolari.

5. Azioni

2009 rilevazione dei dati al tempo 0:

- % pazienti 35-69 anni in cui è stato calcolato RCV rispetto al totale abitanti di Bibbiano in quella fascia di età (12,84%) con rischio stratificato sulle classi di età suddiviso per sesso.
- % pazienti (tutte le età) in cui è stata registrata l'abitudine tabagica (3.831 di cui i fumatori sono l'11,33%).
- % pazienti (tutte le età) in cui è stato registrato il BMI (516).
- Condivisione del progetto con tutti gli attori.
- Condivisione con il dirigente scolastico e la preside della scuola media Maria Ausiliatrice di un intervento di prevenzione su alcool e fumo sulle II e III media in collaborazione con LUOGHI DI PREVENZIONE e restituzione ai genitori dell'esperienza.

2010:

- Elaborazione e condivisione del materiale informativo con il gruppo di lavoro.
- Condivisione del progetto con il NCP 3 e con il resto del distretto.
- Presentazione del progetto ai Direttori di Distretto e di DCP del resto della provincia.
- 9 aprile presentazione del progetto ai cittadini.
- Attuazione del lavoro con le scuole medie
- Incontro con la commissione mensa in vista del rinnovo della convenzione con CIR per la mensa scolastica e iniziative volte alla promozione del consumo di frutta.
- Programmazione e realizzazione di una serie di incontri nei circoli su: alimentazione, attività fisica, fumo, consumo di alcool e sale.
- Censimento dell'offerta di attività motoria per le varie fasce di età delle società sportive.
- Realizzazione di incontri di formazione comune a tutti gli operatori per la promozione della cultura della promozione degli stili di vita salutari con la formula del problem in progress (brevi incontri mano a mano che si sviluppa il progetto).

- Realizzazione di un incontro con i genitori dei ragazzi iscritti alle società sportive su alimentazione e sport.
- Costruzione con il GEB della mappa dei sentieri e dei percorsi.
- Promozione del nordic walking.
- Realizzazione della Strabibbiano.
- Realizzazione di punti informativi in tutte le feste e fiere in collaborazione con le associazioni di volontariato.
- Realizzazione dei gadget destinati alle iniziative di rinforzo motivazionale per i genitori del nido e scuola dell'infanzia sulla abitudine tabagica al Centro Diurno (bavaglini).
- Condivisione con il coordinamento pedagogico della Val d'Enza nell'ambito degli incontri con i genitori dei bimbi del nido e scuola materna sul sostegno alla genitorialità di iniziative informative su fumo e alimentazione.
- Estensione della rilevazione dei dati a una fascia sempre più ampia della popolazione.
- Rilevazione dell'attività fisica.
- Estensione del progetto ai comuni di San Polo e Canossa (NCP 3).

2011:

- Consolidamento e ampliamento delle iniziative.
- Incontro di restituzione ai cittadini dei risultati del 2010.
- Estensione al resto del distretto.
- Condivisione e ampliamento dell'obiettivo alla prevenzione cardiovascolare secondaria.

2012:

- Prima valutazione dei risultati e confronto con i dati dello studio PASSI.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

- % di fumatori (si prevede una riduzione nel 2012 rispetto al 2009-2010)
- % obesi e sovrappeso (si prevede una riduzione nel 2012 rispetto al 2009-2010)
- % RCV nelle fasce d'età 35-69 (si prevede un dato stabile o in riduzione nel 2012 rispetto al 2009-2010).
- N° recidive di IMA/SCA e nuovi IMA/SCA rispetto al profilo di salute del NCP 3 (anno 2007).
- % di cittadini che praticano attività motoria regolare (si prevede un aumento del dato nel 2012 rispetto al dato 2009-2010).
- Intervista strutturata sulla percezione dell'efficacia della comunicazione.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Pellati Morena
Indirizzo	Via Circondaria 26 Correggio
Recapito telefonico	0522/630346
Distretto di	Correggio
AUSL di	Reggio Emilia
E-mail	morena.pellati@ausl.re.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Formazione integrata ospedale - territorio.

2. Target principale

Medici di Medicina Generale (MMG) dei 6 Distretti e cardiologi ospedalieri e territoriali di riferimento.

3. Obiettivi generali e specifici

Condivisione tra MMG e cardiologi delle raccomandazioni più aggiornate della letteratura scientifica sulla prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica, con particolare focus su: stili di vita, statine e inibitori del sistema renina-angiotensina.

4. Risultati attesi

Aumento delle competenze dei professionisti coinvolti (MMG e cardiologi) e uniformità di indicazioni ai pazienti rispetto agli stili di vita e al trattamento farmacologico nei soggetti che hanno avuto un evento cardiovascolare acuto.

5. Azioni

Incontro di formazione per Direttori di Dipartimento Cure Primarie (DCP) e coordinatori di NCP con il CEVEAS per analizzare e condividere gli evidence report prodotti dal CEVEAS sulla prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica.

Incontri realizzati nel 2009 nei Nuclei di Cure Primarie (NCP) con i cardiologi dell'ospedale di riferimento e cardiologi ambulatoriali convenzionati interni.

Gli incontri sono stati dedicati a presentare, discutere e condividere gli evidence report elaborati dal CEVEAS.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

I seguenti indicatori sono monitorati per verificare il raggiungimento di obiettivi incentivati, previsti dall'accordo tra l'Azienda USL di Reggio Emilia ed i MMG negli anni 2008-2009-2010.

- 1) Continuità dell'uso delle statine (efficacia dimostrata da letteratura solo dopo un utilizzo di almeno 5 anni)

Indicatore: n° pazienti che hanno continuato il trattamento fino a fine anno/n° pazienti in trattamento a inizio anno (in base alle prescrizioni effettuate nell'ultimo trimestre dell'anno precedente).

- 2) Riduzione della prescrizione di sartani rispetto alla prescrizione di ACE-INIBITORI

Indicatore: rapporto tra DDD/1000 assistibili die pesate di sartani e DDD/1000 assistibili die pesate di ACE-INIBITORI

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Bassi Maria Beatrice
Indirizzo	Viale Monte San Michele, 8 - RE
Recapito telefonico	0522335965
Distretto di	
AUSL	Reggio Emilia
E-mail	bassim@ausl.re.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Nel 2008 è iniziata una collaborazione tra il Center for Research in Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University, l'Agenzia Regionale Sanitaria e l'AUSL di Reggio Emilia con l'obiettivo generale di delineare i profili di salute e l'utilizzo dei servizi delle popolazioni in carico ai NCP dell'Azienda. Tale progetto prevede l'analisi delle caratteristiche demografiche e cliniche della popolazione di riferimento e dei comportamenti dei medici dei NCP utilizzando la banca dati regionale messa a disposizione dall'Agenzia Sanitaria Regionale. A ciascun NCP è stato consegnato un report con i dati del proprio nucleo e sono stati organizzati degli incontri di NCP affinché i medici potessero leggere, interpretare e discutere i dati del profilo. A ciascun NCP è stato chiesto di individuare almeno un'area critica ed elaborare un progetto di miglioramento. Per agevolare e supportare i NCP nella gestione, interpretazione dei dati del profilo, nell'individuazione delle aree critiche e nella messa a punto di specifiche strategie per il miglioramento di tali criticità, l'Azienda ha istituito un Gruppo, cosiddetto Facilitatore, formato da 3 statistiche, 2 medici e 2 farmaciste che hanno partecipato a tutti gli incontri di NCP.

Tutti i NCP hanno elaborato un progetto di miglioramento: 15 su 23 si sono concentrati sulla prevenzione secondaria degli accidenti cardiovascolari, di cui 9 sul trattamento farmacologico e follow-up dell'assetto lipidico dopo IMA e 6 sulla terapia e assetto lipidico dopo scompenso.

2. Target principale

Partendo dai dati del profilo tutti i medici hanno consultato le proprie cartelle cliniche computerizzate creando un data-base specifico con tutti i pazienti che hanno avuto un episodio di IMA o scompenso cardiaco. I medici dovevano estrapolare, dai dati in loro possesso, quali terapie fanno i pazienti (betabloccanti, ace inibitori e statine), per quali motivi non assumono un farmaco (controindicazioni, effetti collaterali, scarsa adesione o mancata prescrizione da parte dello specialista o MMG) e se hanno eseguito uno screening lipidico (LDL) entro 1 anno dall'evento cardiovascolare.

3. Obiettivi generali e specifici

L'obiettivo principale è di prescrivere a tutti i pazienti con pregresso episodio cardiaco acuto (IMA) betabloccanti e statine, ad eccezione dei pazienti con controindicazioni cliniche o intolleranza individuale all'uso della classe di farmaci, e richiedere a tutti i pz. uno screening dell'assetto lipidico.

Data l'importanza dell'argomento 6 NCP sui 9 che hanno lavorato sul trattamento farmacologico e follow-up dell'assetto lipidico dopo IMA e 3 sui 6 che hanno lavorato sulla terapia e assetto lipidico dopo scompenso hanno coinvolto nel progetto gli specialisti cardiologi e/o internisti e hanno organizzato con essi una formazione, per i medici di famiglia, sulle linee guida per la prescrizione di farmaci dopo evento cardiaco acuto e sul monitoraggio del bilancio lipidico.

4. Risultati attesi

I risultati sono stati diversi da nucleo a nucleo, ma la cosa importante è che i medici si sono resi conto che alcuni pazienti non facevano la terapia giusta perché non era mai stata prescritta dallo specialista o dal MMG.

La comunicazione e la collaborazione tra i diversi professionisti e la formazione congiunta hanno fatto sì che molti medici abbiano iniziato la terapia ai pazienti che non la facevano.

5. Azioni

Per poter valutare i risultati è fondamentale che:

- 1) i MMG registrino sulle proprie cartelle cliniche la diagnosi di IMA o scompenso cardiaco;
- 2) vi sia comunicazione tra specialista e MMG nell'aggiornamento delle terapie;
- 3) l'invio dei pazienti a visita di controllo cardiologico sia periodico;
- 4) il monitoraggio dell'assetto lipidico sia annuale;
- 5) sia fatta una buona educazione al paziente.

Importante è anche l'organizzazione di audit clinici tra i MMG dello stesso NCP per un confronto tra pari.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

I risultati vengono valutati, a seconda del progetto elaborato, dopo 12-18 mesi con la stessa metodica: cioè tramite estrapolazione dei dati dalle cartelle cliniche computerizzate dei MMG.

Si confrontano i dati con quelli iniziali e ci si aspetta che tutti i pazienti, anche i nuovi casi, siano trattati correttamente.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Pantaleoni Massimo

Indirizzo

c/o Cardiologia Degenza - Arcispedale S. Maria N.

Recapito telefonico

296434

Distretto di

AOSP di

Reggio Emilia - Arcispedale S. Maria N.

E-mail

pantaloni.massimo@asmn.re.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Dimissione ospedaliera dopo evento ischemico acuto

2. Target principale

Pazienti e familiari

3. Obiettivi generali e specifici

Migliorare la conoscenza e la consapevolezza della malattia coronaria con conseguente incremento della aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica.

4. Risultati attesi

Incremento alla aderenza alla terapia e alle indicazioni per le modifiche allo stile di vita.

5. AzioniSede di Reggio Emilia: referenti; Dr. M.Pantaleoni, R.Salsi, A.Battitori

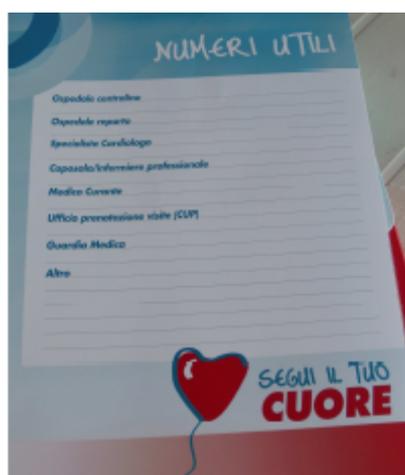
attivazione di momenti di counseling infermieristico al momento della dimissione con consegna di apposita valigetta contenente;



* materiale informativi che viene preventivamente illustrato dagli infermieri



* consegna e spiegazione della lettera di dimissione
* riferimenti telefonici



*modifica del programma per la gestione delle lettere in modo che stampi anche uno "schema farmaci" personalizzato sul quale gli infermieri possono segnare le singole assunzioni di farmaci

Reggio Emilia, 19/02/2010

Schema assunzione farmaci paziente: [] data di nascita: []

Principio Attivo	Nome commerciale	COLAZIONE				PRANZO				CENA								
		07.00	08.00	09.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00	21.00	22.00	
Acido acetilsalicilico	CARDIOASPIRIN® 30CPR GAST 100MG																	
Clopidogrel	PLAVIX® 28CPR RIV 75MG																	
Esomeprazolo magnesio triidrato	NEXIUM® 14CPR GASTR 40MG BLIST																	
Ezetimibe / simvastatina	VYTORIN® 30CPR 10MG/20MG																	

Sono stati presi contatti con il Dipartimento di Cure Primarie per la organizzazione di incontri con i coordinatori dei Nuclei di Cure Primarie

Sede di Castelnuovo Monti: referenti Dr. G. Zobbi, G. Roffi, L. Cecchi (dotata di UTIC, degenza cardiologia e centro di riabilitazione demenziale) la dimissione avviene con analoghe modalità, inoltre sono stati attivati incontri con i pazienti dimessi da reparto. Si tratta di incontri settimanali a gestione infermieristica, nei quali i pazienti sono invitati a raccontare la propria esperienza di malattia e di cura. Manifestano le loro eventuali osservazioni e danno consigli per migliorare la vita del reparto.

I pazienti con consuetudine al fumo vengono messi in contatto con un medico della équipe che ha sviluppato esperienze di guida alla sospensione del fumo anche con ausili farmacologici.

Trattandosi di una sede dotata anche di centro di riabilitazione le indicazioni per lo sviluppo dell'attività fisica sono comune metodica di lavoro.

Alla luce dei favorevoli riscontri, è in fase di sviluppo un piano di miglioramento per la stabilizzazione di queste metodiche. E' prevista una fase di formazione per addestrare altri infermieri a questa metodica, ciò dovrebbe consentire una estensione del progetto con il coinvolgimento anche dei familiari.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Questionari per la soddisfazione degli utenti.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Cappello Carlo Giuseppe
Indirizzo	Via Vignolese 573
Recapito telefonico	059 372069
Distretto di	Modena
AUSL di	Modena
E-mail	carlo_cappello@hotmail.com

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

Unità Operativa di Cardiologia presso Azienda Policlinico di Modena, centro Cardiologico di 3° livello, centro HUB Provinciale per Emodinamica interventistica con gestione di più di 2000 ricoveri annui.

Specifici Ambulatori Dedicati della Cardiopatia ischemica e centro Cardiometabolico che dopo la dimissione gestiscono il follow-up dei pazienti. I nostri Ambulatori sono aperti anche ai pazienti non dimessi da noi tramite prenotazione CUP nell'ambito di precisi percorsi Ospedale-Territorio concordati con MMG di Modena. (4000 Visite Annue)

2. Target principale

Prevenzione Recidive degli Accidenti Cardiovascolari dopo IMA\SCA

3. Obiettivi generali e specifici

Riduzione della percentuale attestata attualmente intorno al 20% del rischio di recidive generale dopo IMA/SCA.

Percorsi subito dopo la dimissione **dedicati e organizzati** attraverso specifici ambulatori già in funzione presso la nostra Cardiologia:

Dal punto di vista operativo abbiamo creato tre grossi AMBULATORI DEDICATI dove dopo la dimissione vengono avviati i nostri pazienti con specifici percorsi opportunamente segnalati nella LETTERA DI DIMISSIONE già concordata.

In queste sedi viene valutato lo stato clinico, il tenore di vita, gli stili di vita, l'aderenza alla terapia, i fattori di rischio correlati all'evento tutto questo per un'ottica di prevenzione e un controllo di possibili recidive:

1. Ambulatorio Cardiopatia Ischemica
2. Ambulatorio Cardiopatia Ischemica ad Alto Rischio
3. Ambulatorio Cardiometabolico

- 1) Nell'ambulatorio **della Cardiopatia Ischemica** vengono avviati i pazienti stabili che non necessitano di una particolare attenzione intensiva ma una grande attenzione di controllo dei fattori di rischio.

- 2) Nell'Ambulatorio della **Cardiopatía Ischemica ad Alto Rischio** vengono seguiti pazienti coronarici multivasali, vasculopatici; in questa sede si svolge una vera azione di prevenzione secondaria in quanto viene effettuato un monitoraggio costante dei parametri per valutare la progressione della malattia coronarica e i possibili effetti collaterali di questa. Si programmano prove da sforzo, ecocardiogrammi, ecostress scintigrafie miocardiche, TC coronariche, RM, Holter per controllo delle aritmie. Ciò nella specifica ottica di identificare precocemente l'instaurarsi di possibili recidive cardiovascolari.
- 3) **L'Ambulatorio Cardiometabolico** è l'ultimo nato ed è qui che viene svolta la più **efficace azione di prevenzione delle recidive** con un vero e proprio monitoraggio e controllo dei fattori di rischio. In tale centro i pazienti vengono sottoposti ad una serie di esami con un follow-up intensivo strumentale e di laboratorio per valutare la composizione corporea, la funzione ventricolare, lo stato vascolare, l'assetto coagulativo, il profilo infiammatorio lipidico e glicemico, in modo da correggere al meglio tutti questi possibili elementi alterati .

Per quanto riguarda il tema di definizione di **PERCORSI INTEGRATI fra Ospedale e Territorio** del paziente IMA la nostra U.O. di Cardiologia, ha già avviato ed effettuato da tempo incontri con i Medici di medicina generale sia interni che esterni riconosciuti con ECM. In tali incontri organizzati con l'aiuto spesso dell'Industria Farmaceutica si attua una vera e propria informazione e sensibilizzazione dei Medici di medicina generale della nostra Città e Provincia in modo da definire i percorsi necessari sull'adesione alla terapia che spesso viene disattesa dal 40-50% dei pazienti ed è sicuramente la causa maggiore di recidive di eventi cardiovascolari; sulle modifiche degli stili di vita necessari e quali giusti e razionali, esami da richiedere nelle fasi successive alla dimissione e specifici Follow-up secondo le Linee Guida Europee di Cardiologia. Anche per l'anno 2010 sono stati programmati 10 incontri con U.O. di Cardiologia e MMG.

4. Risultati attesi

Aderenza di almeno il 90% di tutti i nostri pazienti dimessi con IMA/SCA presso i nostri Ambulatori Dedicati per la Prevenzione Recidive Cardiovascolari.

Informare e far aderire il maggior numero di MMG di Modena e Provincia nei percorsi da noi consigliati nell'ambito del grande progetto Regionale di continuità assistenziale nei pazienti dimessi post IMA/SCA.

5. Azioni

Trattamenti farmacologici di provata efficacia da utilizzare a target secondo le raccomandazioni delle Linee Guida sulla prevenzione cardiovascolare vigenti in tema di recidive di eventi coronarici.

Interventi utili ed efficaci di correzione sugli stili di vita.

Prescrizione e Titolazione in merito alle evidenze disponibili sull'utilizzo di B-BLOCCANTI STATINE, ACE, SARTANI nella prevenzione secondaria della malattia cardiovascolare.

Uso corretto della terapia Antiaggregante Piastrinica soprattutto nei pazienti dopo PCI-STENT.

Azioni di informazione sui MMG (medici di medicina generale) attraverso incontri. meeting, frequenza in reparto, come la nostra U.O. di Cardiologia già da tempo sta attuando.

Possibilità di fornire una gestione multidisciplinare (Diabetologo, Nefrologo, Psicologo. Centro Anti Fumo) percorsi già da noi tracciati nel nostro Policlinico in accordo con la Direzione Generale.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

INDICATORI SRUTTURALI:

Disponibilità di percorsi diagnostico-terapeutico condivisi per effettuare la migliore pratica clinica con profili diversi di assistenza a secondo la tipologia di paziente e di stratificazione del rischio. Monitoraggio dell'assistenza.

Presenza di Ambulatori Dedicati.

INDICATORI DI PROCESSO di CURA:

Riguardano l'intera rete assistenziale, condivisi à' con la Lettera di Dimissione (da noi già effettuato).

Monitoraggio della percentuale di utilizzo dei vari trattamenti in collaborazione con MMG nei pazienti post IMA/SCA.

Educazione dei pazienti negli stili di vita, attività fisica, dieta e aderenza alla terapia e comportamento da avere in caso di determinati sintomi.

Appuntamento di follow-up.

INDICATORI DI ESITO:

Ricoveri ripetuti precocemente (a 30 e 90 giorni)

Mortalità tenendo conto del profilo di rischio del paziente.

Qualità di vita e soddisfazione del paziente.

Attività di educazione e informazione sulle malattie cardiovascolari

RECAPITI DEI REFERENTI DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Manuela Colonna

Indirizzo

Via Cimarosa 5/2 Casalecchio di Reno

Recapito telefonico

051596974 cell 3395344463

Distretto di

Casalecchio di Reno

AUSL

Bologna

E-mail

m.colonna@ausl.bo.it

Cognome e Nome

Beltrami Patrizia Responsabile U.O. Promozione della Salute DSP Bologna

Indirizzo

Via Seminario San Lazzaro di Savena

Recapito telefonico 051.6224228

Distretto di

San Lazzaro di Savena

AUSL di

Bologna

E-mail

p.beltrami@ausl.bo.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

L'Azienda USL di Bologna ha istituito nel 2007 il gruppo per la prevenzione cardiovascolare, diventato interaziendale nel 2008 con la partecipazione di professionisti dell' Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola Malpighi.

Tra i principali obiettivi del gruppo l'implementazione dei progetti di prevenzione cardiovascolare del Piano Regionale della Prevenzione e la necessità di poter disporre di strumenti di comunicazione per la salute per facilitare i professionisti nella promozione, ed i pazienti nell'adozione, di sani stili di vita

Le strategie di promozione della salute si orientano sempre più verso la combinazione di percorsi che, attraverso interventi educativi, facilitino le azioni e modifichino le condizioni di vita conducendo l'individuo o la comunità alla salute.

Pur ritenendo fondamentale l'acquisizione da parte degli operatori sanitari di semplici strumenti di counseling motivazionale il gruppo di coordinamento interaziendale per la prevenzione cardiovascolare dell'AUSL e dell'AOSP, ha condiviso la necessità di mettere a disposizione dei sanitari impegnati nelle attività di prevenzione cardiovascolare, opuscoli contenenti semplici raccomandazioni

- A) Al momento della dimissione, per rinforzare alcune raccomandazioni strategiche per il miglioramento degli stili di vita dei pazienti che hanno subito un evento cardiovascolare acuto.

- B) Per il MMG, nel momento di comunicazione del rischio cardiovascolare al paziente (a seguito della compilazione della carta del rischio o per impostare una strategia condivisa di riduzione del rischio ai pazienti che hanno subito un evento cardiovascolare acuto)
- C) Per gli specialisti ambulatori territoriali ed ospedalieri di cardiologia, diabetologia, dietologia..

2. Target principale

Pazienti in dimissione dalle cardiologie dopo un evento cardiovascolare acuto.

Pazienti afferenti all'ambulatorio del MMG o alle diverse strutture dell'Azienda USL e dell'AOSP, ai quali è necessario raccomandare l'adozione di sani stili di vita per migliorare le condizioni di salute e/o evitare recidive di eventi cardiovascolari acuti.

Pazienti a cui viene somministrata la carta del rischio nelle strutture ambulatoriali territoriali.

Pazienti diabetici afferenti alle strutture dell'AUSL e dell'AOSP.

Pazienti afferenti agli ambulatori di dietologia dell'AUSL e dell'AOSP.

3. Obiettivi generali e specifici

Supportare con strategie comunicative gli interventi per la riduzione del rischio cardiovascolare, (prevenzione delle recidive di eventi acuti, miglioramento dei comportamenti orientati alla prevenzione) così come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione.

Veicolare ai pazienti ed ai loro familiari informazioni per l'adozione di sani stili di vita.

Facilitare il sanitario (MMG, Cardiologo ospedaliero e territoriale, personale infermieristico) nei diversi setting in cui consiglia ai pazienti l'adozione di adeguati stili di vita per mantenere o migliorare le condizioni di salute.

Garantire uniformità aziendale nell'utilizzo di strumenti di comunicazione per la prevenzione cardiovascolare.

4. Azioni

- A. Raccolta del materiale divulgativo già pubblicato in passato
- B. Attivazione di un sottogruppo per la stesura e la pubblicazione di due tipologie di opuscoli.

Dopo un infarto

Per il paziente che ha subito un evento cardiovascolare acuto, in cui sono riportate semplici, ma importanti raccomandazioni per riprendere una vita regolare seguendo sani stili di vita ed una specifica sui percorsi e le risorse del territorio (ambulatori, dietologi, diabetologi, cardiologi, malattie del metabolismo, centri antifumo, numero verde igiene della nutrizione).

Scacco al rischio

Contenente i fattori di protezione per la salute del cuore (alimentazione, fumo ed attività motoria) con un accento particolare al paziente diabetico in aderenza con quanto indicato nel PRP e con una specifica sui percorsi e le risorse del territorio (ambulatori, dietologi, diabetologi, cardiologi, malattie del metabolismo, centri antifumo, numero verde igiene della nutrizione).

- C. Lettura di comprensibilità e di leggibilità del testo da parte di un campione di cittadini

5. Risultati attesi

Costituzione di un sottogruppo di lavoro per la definizione del percorso di comunicazione e la redazione degli strumenti informativi

Analisi dei bisogni informativi e realizzazione di test di comprensibilità e leggibilità degli strumenti da parte di un campione di cittadini afferenti agli ambulatori territoriali ed ospedalieri.

Condivisione degli strumenti di comunicazione a valenza interaziendale.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Realizzazione dell'analisi di leggibilità e comprensibilità per la definizione condivisa dei contenuti

Stampa e divulgazione degli strumenti di comunicazione

Formazione su "Prevenzione delle recidive in pazienti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari: i contenuti della lettera di dimissione post IMA/SCA"

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Marcaccio Maria Luisa (DDCP) - Luigi Bagnoli (MMG Animatore)

Indirizzo

Via Montebello, 6 - Bologna

Recapito telefonico

051 - 2869218

Distretto di

Citta' di Bologna

AUSL di

AUSL Bologna

E-mail

ml.marcaccio@ausl.bologna.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

L'iniziativa si colloca nel percorso aziendale previsto dal **"Progetto Audit post IMA/SCA: prevenzione delle recidive cardiovascolari nel periodo post Infarto Miocardio Acuto o Sindrome coronaria acuta nelle Cure Primarie dell'Ausl di Bologna"**, progetto innovativo di governo clinico, descritto nel relativo capitolo dell'accordo sindacale locale con i MMG. E' un progetto per la definizione di un modello sostenibile di implementazione dell'EBM nell'assistenza alle patologie croniche in ambito territoriale.

Obiettivo generale del progetto è definire un modello sostenibile di integrazione tra AUDIT clinico, Formazione e Ricerca Osservazionale per il raggiungimento della migliore pratica clinica nell'ambito della cura di una patologia cronica, in particolare nella fase post-acuta delle malattie cardiovascolari.

Il progetto si sviluppa secondo tre direttrici integrate:

- A. Audit clinico sulla assistenza post -ricovero ai pazienti che sono stati trattati in ospedale per un episodio di IMA o SCA
- B. Formazione condivisa tra MMG e Cardiologi Ospedalieri e Territoriali sui contenuti della lettera di dimissione adottata a livello aziendale su indicazione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare Regionale
- C. Collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico aziendale per integrare il progetto "Farmacista Facilitatore, Formazione Indipendente" con metodologia CeVEAS
- D. Ricerca osservazionale sulla trasferibilità, nell'ambito della Medicina Generale, delle raccomandazioni sui trattamenti farmacologici e sugli stili di vita dei pazienti.

2. Target principale

- 620 MMG dei 41 Nuclei di Cure Primarie aziendali
- Medici Cardiologi Ospedalieri (dell'AUSL Bo e dell'AOSP S.Orsola - Malpigi) e Territoriali suddivisi per ambiti territoriali di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie
- Medici di Organizzazione delle Cure Primarie di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie
- Farmacisti di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie

3. Obiettivi generali e specifici

- Creare uno strumento omogeneo e condiviso di continuità assistenziale Ospedale - Territorio.
- Raggiungere la migliore Pratica Clinica nell'ambito della cura di una patologia cronica, in particolare nella fase post acuta della Sindrome Coronaria.
- Adeguare gli stili di vita del paziente che ha subito un accidente cardiovascolare

4. Risultati attesi

- Condividere i contenuti della lettera di dimissione, con particolare riferimento alla valutazione del rischio residuo, alle terapie in dimissione e alle indicazioni per l' adeguamento degli stili di vita a rischio
- Condividere cosa è utile che il paziente sappia in dimissione
- Condividere i supporti messi a disposizione dall'Azienda per sostenere il percorso post IMA/SCA

5. Azioni

- Condivisione e organizzazione della formazione con gli Animatori di Formazione della Medicina Generale
- Predisposizione di opuscoli informativi sugli stili di vita
- Ricognizione delle risorse messe in campo dall'azienda per sostenere il percorso

6. Valutazione dei risultati/indicatori

- 80% MMG ha partecipato alla formazione

Formazione su: " La prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica: focus su stili di vita, statine e inibitori del sistema renina - angiotensina

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Marcaccio Maria Luisa (DDCP) - Luigi Bagnoli (MMG Animatore)

Indirizzo

Via Montebello, 6 - Bologna

Recapito telefonico

051 - 2869218

Distretto di

Citta' di Bologna

AUSL di

AUSL Bologna

E-mail

ml.marcaccio@ausl.bologna.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

L'iniziativa si colloca nel percorso aziendale previsto dal **"Progetto Audit post IMA/SCA: prevenzione delle recidive cardiovascolari nel periodo post Infarto Miocardio Acuto o Sindrome coronaria acuta nelle Cure Primarie dell'Ausl di Bologna"**, progetto innovativo di governo clinico, descritto nel relativo capitolo dell'accordo sindacale locale con i MMG. E' un progetto per la definizione di un modello sostenibile di implementazione dell'EBM nell'assistenza alle patologie croniche in ambito territoriale.

Obiettivo generale del progetto è definire un modello sostenibile di integrazione tra AUDIT clinico, Formazione e Ricerca Osservazionale per il raggiungimento della migliore pratica clinica nell'ambito della cura di una patologia cronica, in particolare nella fase post-acuta delle malattie cardiovascolari.

Il progetto si sviluppa secondo tre direttrici integrate:

- A. Audit clinico sulla assistenza post -ricovero ai pazienti che sono stati trattati in ospedale per un episodio di IMA o SCA
- B. Formazione condivisa tra MMG e Cardiologi Ospedalieri e Territoriali sui contenuti della lettera di dimissione adottata a livello aziendale su indicazione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare Regionale
- C. Collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico aziendale per integrare il progetto "Farmacista Facilitatore, Formazione Indipendente" con metodologia CeVEAS
- D. Ricerca osservazionale sulla trasferibilità, nell'ambito della Medicina Generale, delle raccomandazioni sui trattamenti farmacologici e sugli stili di vita dei pazienti.

2. Target principale

- 41 Nuclei di Cure Primarie aziendali (per un totale di 620 MMG)
- Medici Cardiologi Ospedalieri (dell'AUSL Bo e dell'AOSP S.Orsola - Malpighi) e Territoriali suddivisi per ambiti territoriali di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie
- Medici di Organizzazione delle Cure Primarie di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie
- Farmacisti del Dipartimento Farmaceutico di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie

3. Obiettivi generali e specifici

- Raggiungere la migliore pratica clinica nella prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica
- Condividere le raccomandazioni delle LL.GG sugli stili di vita per il paziente che ha subito un accidente cardiovascolare
- Condividere le evidenze sull'utilizzo delle Statine in prevenzione secondaria
- Condividere le indicazioni e i principali studi sull'utilizzo degli ACE - inibitori e dei Sartani in prevenzione secondaria
- Condividere le evidenze sull'utilizzo di Antiaggreganti e Betabloccanti in prevenzione secondaria

4. Risultati attesi

Migliorare la prescrizione su farmaci e su stili di vita: indicare di modificare lo stile di vita, se necessario; prescrivere aspirina a bassa dose, un betabloccante, un Ace -inibitore e una statina; far raggiungere livelli target di colesterolo LDL .

5. Azioni

Avvio di Percorso di AUDIT nei 41 NCP dell'Azienda

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Partecipazione alla formazione aziendale del 80% dei MMG, del 90% dei Coordinatori dei NCP e degli Animatori di Formazione

**Progetto Audit post IMA/SCA nelle Cure Primarie dell'AUSL di Bologna:
prevenzione delle recidive cardiovascolari nel periodo post Infarto Miocardico Acuto
o Sindrome Coronaria Acuta**

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Marcaccio Maria Luisa (DDCP) - Luigi Bagnoli (MMG Animatore)

Indirizzo

Via Montebello, 6 - Bologna

Recapito telefonico

051 - 2869218

Distretto di

Citta' di Bologna

AUSL di

AUSL Bologna

E-mail

ml.marcaccio@ausl.bologna.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

Il progetto si colloca nel percorso aziendale previsto dal **"Progetto Audit post IMA/SCA: prevenzione delle recidive cardiovascolari nel periodo post Infarto Miocardico Acuto o Sindrome Coronaria Acuta nelle Cure Primarie dell'Ausl di Bologna"**, progetto innovativo di governo clinico, descritto nel relativo capitolo dell'accordo sindacale locale con i MMG. E' un progetto per la definizione di un modello sostenibile di implementazione dell'EBM nell'assistenza alle patologie croniche in ambito territoriale. E' progetto biennale 2010-2011.

2. Target principale

- 41 Nuclei di Cure Primarie aziendali con 620 MMG
- Medici Cardiologi Ospedalieri (dell'AUSL Bo e dell'AOSP S.Orsola - Malpigli) e Territoriali suddivisi per ambiti territoriali di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie
- Medici di Organizzazione delle Cure Primarie di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie
- Farmacisti del Dipartimento farmaceutico aziendale di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie

3. Obiettivi generali e specifici

Obiettivo generale del progetto è definire un modello sostenibile di implementazione dell'EBM nell'assistenza alle patologie croniche in ambito territoriale, utilizzando percorsi formativi e di Audit Clinico per il raggiungimento della migliore Pratica clinica nell'ambito della cura di una patologia cronica, in particolare nella fase post-acuta dell'IMA/SCA.

Il progetto si sviluppa secondo direttrici integrate, poiché la formazione costituisce un momento cruciale dell'impianto e dello sviluppo dell'Audit e la raccolta dei dati basali dell'Audit a sua volta genera quesiti sui quali fondare la successiva formazione.

- A. Formazione condivisa tra Medici di Medicina Generale (MMG) e Cardiologi Ospedalieri e Territoriali sui contenuti della lettera di dimissione adottata a livello aziendale su indicazione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare regionale; in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico

Aziendale si è integrato il progetto "Farmacista Facilitatore - Informazione Indipendente" dell'autunno 2008 -primavera 2009 in una formazione per singolo NCP che ha visto coinvolti alla pari Animatori MMG, Coordinatori di NCP, Cardiologi Ospedalieri e Territoriali, Farmacisti aziendali, utilizzando come materiale comune il Pacchetto informativo CeVEAS sulle strategie della prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica

- B. Audit Clinico sulla assistenza post- ricovero ai pazienti che sono stati trattati in ospedale per un Episodio di Infarto Acuto del Miocardio (IMA) o Sindrome Coronaria Acuta (SCA) in un periodo di 5 anni (individuati tramite l'analisi delle SDO della Provincia di Bologna);

Obiettivi specifici

Per ciascuna delle direttrici citate sono stati individuati, in collaborazione con gli Animatori di Formazione e i Coordinatori di NCP, i seguenti obiettivi specifici:

Formazione (percorso già sviluppato in modo estensivo nel corso del 2008 - primo semestre 2009)

- a) Formare i MMG Animatori di Formazione dell'AUSL di Bologna alla metodologia dell'Audit mediante un percorso sul campo che utilizzi come caso-studio "l'assistenza post-ricovero del paziente post-IMA/SCA", come modello di gestione territoriale di una patologia cronica.
- b) Organizzare, in collaborazione con i Cardiologi Ospedalieri e Territoriali un evento formativo sui contenuti della lettera di dimissione post-IMA/SCA, con particolare riferimento alla valutazione del rischio residuo, alle terapie in dimissione e alle indicazioni per l'adeguamento degli stili di vita a rischio.
- c) Organizzare, in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico Aziendale una formazione di NCP che vedrà riuniti Animatori MMG, Coordinatori di NCP, Cardiologi Ospedalieri e Territoriali, Farmacisti aziendali e che utilizzerà il pacchetto Informativo CeVEAS sulle strategie della Prevenzione secondaria e i dati aziendali che costituiscono il baseline dell'Audit post-IMA/SCA.

Audit Clinico

- a) avviare un registro di pazienti post-IMA/SCA basato sul sistema SDO della Provincia di Bologna
- b) scegliere le raccomandazioni da implementare nei NCP dell'Ausl BO
- c) definire una serie di indicatori estraibili dai database della AUSL (consumo farmaci e accertamenti) e della MG (dati antropometrici, biologici e comportamentali) relativi ai pazienti post-IMA/SCA
- d) implementare l'analisi dell'assistenza ai pazienti post-IMA/SCA in tutti i NCP dell'AUSL (reclutamento dei MMG su base volontaria)
- e) raccogliere e analizzare i dati forniti dai MMG partecipanti all'Audit elaborando reportistiche ad hoc per singolo partecipante, per NCP e su base aziendale

4. Risultati attesi

Migliorare la prescrizione su farmaci e su stili di vita: fornire ai pazienti indicazioni per modificare lo stile di vita, se necessario; prescrivere aspirina a bassa dose, un betabloccante, un Ace-inibitore e una statina; far raggiungere livelli target di colesterolo LDL.

5. Azioni

Vedi Formazione (punti a, b, c) e Audit Clinico (punti a, b, c, d, e) degli **obiettivi specifici**

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Sono previsti obiettivi e indicatori per singolo medico e per gruppo dei medici aderenti, per ciascun NCP, su Farmaci, Accertamenti, Stili di vita, Informazioni brevi.

Obiettivi per singolo medico

Farmaci: 60% dei pazienti del registro con esami del report degli indicatori, nel 60% dei Pazienti del registro

Accertamenti: 60% dei pazienti del registro con esami del report degli indicatori prescritti negli ultimi 12mesi

Stili di vita: registrazione del 70% dei dati antropometrici e descrittivi lo Stile di vita, compresi nel report degli indicatori, nel 60% dei pazienti del registro

Informazioni brevi: descrizione e registrazione dell'attività di Educazione Sanitaria svolta verso il 50% dei pazienti del registro riguardo 3 ambiti fra: Tabagismo, Attività motoria, Alimentazione, Consumo di alcool, Vaccinazione anti-influenzale e anti-pneumococcica

Obiettivi per NCP

Farmaci: obiettivo personale raggiunto dal 70% dei MMG aderenti del NCP

Accertamenti: obiettivo personale raggiunto dal 70% dei MMG aderenti del NCP

Stili di vita: obiettivo personale raggiunto dal 70% dei MMG aderenti del NCP

Informazioni brevi: obiettivo personale raggiunto dal 70% dei MMG aderenti del NCP

Complessivo: 3 Obiettivi personali raggiunti dal 70% dei MMG aderenti del NCP

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Giuseppe Di Pasquale
Indirizzo	Ospedale Maggiore Bologna
Recapito telefonico	0516478202
Distretto di	Bologna
AUSL di	Bologna
E-mail	Giuseppe.dipasquale@ausl.bo.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

L' apprendimento è elemento centrale dello sviluppo di un servizio sanitario.

La formazione continua è l'insieme delle attività finalizzate al continuo adeguamento delle capacità di intervento rispetto allo sviluppo scientifico, tecnico e organizzativo dell'assistenza e al mutare della domanda di salute della popolazione.

E' in tal modo uno strumento fondamentale di cambiamento individuale e una funzione specifica del Servizio Sanitario, indispensabile a garantire nel tempo la qualità delle prestazioni.

I progetti che hanno impatto sulle organizzazioni sanitarie comportano di solito anche modifiche nella cultura e nei comportamenti degli operatori.

In tale contesto è stato programmato dall'Azienda USL di Bologna, Dipartimento Medico il corso "Formare per Formare" per sviluppare in tutte le cardiologie il "Progetto di educazione al paziente dimesso dopo sindrome coronaria acuta, al cambiamento degli stili di vita non salutari".

2. Target principale

Personale infermieristico delle cardiologie.

3. Obiettivi generali e specifici

Fornire strumenti e strategie per motivare al cambiamento persone affette da patologie cardiovascolari realizzando interventi educativi di prevenzione secondaria.

Acquisire conoscenze avanzate in ambito della prevenzione e promozione della salute.

Sviluppare competenze educative rivolte agli adulti.

Sviluppare la capacità di far acquisire all'assistito e ai suoi care-giver "pensieri di salute e stili di vita necessari a convivere con il proprio stato di salute-malattia attraverso azioni di self-care.

Acquisire conoscenze di counselling come strumento di colloquio per migliorare l'apprendimento dell'assistito e dei suoi care-giver, per il mantenimento nel tempo di stili di vita favorevoli alla conservazione o al recupero della salute e l'adesione alla terapia.

Acquisire conoscenze di metodologia didattica e sviluppare capacità formative nei diversi contesti educativi.

Sviluppare competenze avanzate rispetto agli stili di vita e ai fattori di rischio nelle malattie cardiovascolari.

Sviluppare competenze avanzate per la presa in carico del paziente dopo Sindrome coronarica acuta.

4. Risultati attesi

Partecipazione al corso " Formare per Formare" quali strumenti e strategie per motivare al cambiamento delle persone affette da patologie cardiovascolari di almeno il 25% del personale infermieristico delle cardiologie dell'AUSL.

Supportare la persona colpita da un evento cardiovascolare acuto nella piena comprensione di ciò che gli è accaduto e nell'acquisizione consapevole dei comportamenti che gli consentano il massimo recupero possibile.

5. Azioni

Organizzazione di tutti i corsi per formatori, come da calendario aziendale con laboratori esperienziali, lavori in piccoli gruppi, in sei edizioni dall' aprile al giugno 2009:

- 1) Educazione, educazione alla salute, educazione terapeutica
- 2) Il counseling come strumento di colloquio
- 3) La metodologia didattica
- 4) I fattori di rischio e stili di vita
- 5) Il paziente dopo sindrome coronaria acuta
- 6) Scopenso cardiaco

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Test di apprendimento e numero partecipanti.

Sviluppo di attività per migliorare l'informazione fornita al paziente e care-giver, l'adozione e il mantenimento nel tempo di stili di vita favorevoli alla conservazione o al recupero della salute e l'adesione alla terapia

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Luppi Cinzia

Indirizzo

Ospedale Maggiore

Recapito telefonico

348-4532462

Distretto di

Dipartimento Medico Bologna

AUSL di

AUSL Bologna

E-mail

cinzia.luppi@ausl.bologna.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

Anno 2008 progetto 'Educazione terapeutica ai pazienti con sindrome coronaria acuta ricoverati e dimessi dall'unità operativa cardiologia/UTIC ospedale Bentivoglio', responsabile Giulietta Ferranti; progetto accettato a livello regionale.

Anno 2009 'Progetto di educazione al paziente, dimesso dopo sindrome coronaria acuta o procedure di rivascolarizzazione coronaria, al cambiamento degli stili di vita non salutari', esteso alle tre UU.OO. di cardiologia dell'AUSL Bologna (ospedale Bellaria, Bentivoglio, Maggiore).

2. Target principale

Popolazione arruolata al progetto educativo

Tutti i pazienti dimessi dalle UU.OO. di Cardiologia dell'AUSL Bologna con diagnosi di SCA o dopo procedure di rivascolarizzazione (PCI, CABG: diagnosi di dimissione SDO 410,411, 413, 0066, 429.4+V4581).

Per questi pazienti viene inserita la data dell'incontro (in base alla disponibilità) già nella lettera di dimissione e vengono ulteriormente ingaggiati all'adesione durante la spiegazione della lettera di dimissione stessa, da parte del personale infermieristico dell' U.O.

Criteri di esclusione:

- età superiore ad 85 anni.

3. Obiettivi generali e specifici

L'obiettivo progetto è l'adozione, da parte dei pazienti coinvolti, di stili di vita salutari attraverso interventi educativi sui corretti stili di vita da adottare nonchè attraverso il monitoraggio nel tempo (a 3 e a 6 mesi) dei cambiamenti avvenuti.

4. Risultati attesi

Utenti: adozione di stili di vita salutari.

Operatori: applicazione della funzione educazione prevista nel Codice Deontologico all'articolo 19 "L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori".

Gestione: incentivazione della modificazione comportamentale, tale a garantire un livello superiore di stato di salute attraverso l'attività di educazione degli operatori all'utenza coinvolta ed ai loro care-giver.

5. Azioni

STEP 1: incontro con i pazienti entro 15-30 giorni dalla dimissione (1-2 incontri mensili).

Gli incontri sono tenuti da due infermieri dedicati della U.O. (con il supporto di un medico contattabile in caso di necessità vedi quesiti o situazioni mediche specifiche). I messaggi comunicati riguardano:

- cos'è un IMA, quali sono i fattori che lo determinano e quali sono le terapie
- come ridurre il rischio di ammalarsi
- ridurre il 'ritardo evitabile'
- ECG: l'importanza del confronto
- stili di vita salutari (corretta alimentazione, astensione dal fumo, adeguata attività fisica)
- adesione alla terapia.

Al termine dell'intervento viene lasciato uno spazio interattivo per domande e risposte.

Gli incontri avvengono nella sala riunioni dell'U.O. (luogo conosciuto dal paziente), alla presenza di max 10-15 pazienti ed un care giver per paziente, con il supporto di materiale informativo cartaceo e slides.

All'inizio dell'incontro viene somministrato ai partecipanti un questionario per esplorare dettagliatamente le loro abitudini di vita (alimentazione, fumo, attività fisica) prima del ricovero.

Al termine dell'incontro vengono somministrati un questionario di gradimento ed un questionario sulle conoscenze per esplorare la comprensione degli argomenti trattati.

Dopo la compilazione viene dato un rapido feed-back generale per quanto riguarda il questionario sulle conoscenze allo scopo di rinforzare ulteriormente i concetti che si intendono trasferire.

Viene chiesta la disponibilità ad ogni paziente ad essere ricontattato telefonicamente a tre mesi.

STEP 2: follow-up telefonico a 3 mesi.

A tre mesi dal ricovero viene effettuato un follow-up telefonico da personale infermieristico dedicato in cui si esplorano gli attuali stili di vita del paziente e sull'aderenza terapeutica attraverso la somministrazione di una griglia di domande sostanzialmente identiche a quelle proposte nel primo incontro.

Al termine del questionario viene dato l'appuntamento per il follow-up a sei mesi dove verrà effettuata una ulteriore raccolta dati, per i pazienti che desiderano continuare il progetto.

Si richiede ai pazienti di presentarsi all'incontro con la terapia che assumono al momento.

STEP 3: follow-up a 6 mesi.

Tra il quinto ed il sesto mese dalla dimissione (160-210 giorni) viene effettuato il secondo follow-up attraverso un incontro individuale, previo contatto telefonico.

Nel giorno stabilito con il paziente viene effettuata una raccolta dati attraverso check-list riguardo agli attuali stili di vita del soggetto ed alla aderenza terapeutica.

L'infermiere che effettua il colloquio valuta la necessità di attivare l'infermiere di famiglia nel caso in cui il soggetto mantenga uno stile di vita non salutare o presenti delle problematiche nell'aderenza terapeutica.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Indicatori di processo:

1. ARRUOLAMENTO:

pazienti che sono stati contattati per l'incontro/popolazione target (pz. arruolabili)

Standard 70%

2. ADESIONE (RAPPRESENTATIVITA'):

partecipanti/popolazione target (pz. arruolabili)

Standard 30%

Da maggio a dicembre 2008: 103 pz. partecipanti su 337 'teste' (391 ricoveri)

3. PARTECIPAZIONE:

pazienti che hanno partecipato all'incontro/pazienti che hanno accettato di partecipare all'incontro

Standard 50%

4. organizzazione di almeno 12 incontri (un incontro al mese) nel corso di un anno di progetto:

n° incontri/anno

Standard 100%

5. GRADIMENTO:

valutazione risultati questionari di gradimento dell'evento

Indicatori di esito:

1. risultati questionari stili di vita 1° incontro vs. risultati questionari stili di vita a 3 e 6 mesi
2. terapia assunta a 3 e 6 mesi vs. terapia prescritta nella lettera di dimissione.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome
Dott. Stefano Urbinati
Indirizzo
U.O. di Cardiologia - Ospedale Bellaria - Via Altura 3 40139 Bologna
Recapito telefonico
051-6225241 -
Distretto di
AUSL
AUSL DI BOLOGNA
E-mail
stefano.urbinati@ausl.bo.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

L'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale Bellaria nell'ambito della riorganizzazione effettuata nella Rete Cardiologia dell'Area Metropolitana di Bologna è stata identificata come Centro Hub per la Cardiologia Riabilitativa a cui è stata affidata una "mission" elettiva per i pazienti cardioperati, con scompenso cardiaco severo e refrattario e con sindrome coronarica acuta complicata.

In questo contesto quindi si completa l'offerta cardiologica della Rete Metropolitana di Bologna nella quale esisteva già dal 1992 il Day Hospital di Cardiologia Riabilitativa dell'Ospedale Bellaria in cui mancava la possibilità di una attività di degenza.

2. Target principale

L'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale Bellaria attualmente effettua circa 750 ricoveri l'anno di cui circa 250 cardioperati provenienti per la maggior parte dalla Cardiocirurgia del Policlinico S. Orsola ed altrettanti pazienti con scompenso cardiaco refrattario provenienti o dalle Medicine d'Urgenza cittadine o dai reparti di Medicina Interna.

Inoltre la "mission" riabilitativa dell'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale Bellaria ha fatto sì che molti dei pazienti con sindrome coronarica acuta affetti da gravi comorbidità (renali, pneumologiche, internistiche) siano inviati preferibilmente presso il nostro reparto all'interno del quale le collaborazioni multidisciplinari sono standardizzate ed il paziente "complesso" può ricevere un intervento intensivo ed efficace.

In molti casi l'intervento riabilitativo iniziato in fase di degenza prosegue nella fase di Day Hospital della durata media di 3-4 settimane.

3. Obiettivi generali e specifici

Le componenti generali di un intervento riabilitativo sono le seguenti:

- Stratificazione prognostica
- Trattamento delle principali comorbidità
- Prevenzione secondaria
- Programma di esercizio fisico
- Programma di supporto psico-comportamentale

Questi obiettivi sono perseguiti mediante un programma individualizzato e strutturato articolato in percorsi specifici attuato da una equipe multidisciplinare (di cui fanno parte cardiologo, infermiere, tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria, fisioterapista, psicologo, diabetologo e dietiste) e declinato in maniera diversa per esempio, in un soggetto giovane che deve tornare alla propria attività lavorativa, sociale e familiare correggendo le abitudini di vita sbagliate che hanno concorso all'evento coronarico e superando le conseguenze psicologiche dell'evento stesso, rispetto ad un soggetto anziano in cui l'obiettivo

principale sarà il recupero della propria autonomia funzionale, la gestione delle comorbidità e l'impostazione di una continuità con i Servizi Territoriali.

4. Risultati attesi

Viene definito per ogni paziente un programma individualizzato in cui sono esplicitati gli obiettivi da raggiungere a breve termine (percorso intraospedaliero) e a medio termine (follow-up ambulatoriale).

5. Azioni

Cinque sono le componenti principali dell'intervento riabilitativo:

- Stratificazione prognostica, ottimizzazione della terapia, stabilizzazione clinica
- Trattamento delle principali comorbidità (approfondimenti clinico-diagnostici di altre branche specialistiche)
- Impostazione di un programma strutturato di prevenzione secondaria, con percorsi specifici relativi all'astensione al fumo, modificazioni delle abitudini alimentari, gestione del diabete, gestione delle condizioni stressanti, adesione alla terapia
- Programma di esercizio fisico controllato, individualizzato in base alla patologia, all'età ed alle caratteristiche del paziente
- Programma di supporto psico-comportamentale tramite incontri individuali o di gruppo tenuti dallo psicologo

In questo senso è molto importante che venga assicurata una continuità tra la fase di degenza ospedaliera, la fase di Day Hospital e il follow-up a lungo termine.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Sono stati individuati standard di prodotto per le diverse componenti considerate sulla base di indicatori di processo e di risultato. (Si allega un esempio di scheda di standard di prodotto relativo al cardioperato)

Miglioramento continuità di cura fra ospedale e territorio
Miglioramento della qualità di cura e dell'appropriatezza degli interventi

RECAPITI DEI REFERENTI DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Tosetti Cesare

Indirizzo

Piazza Smeraldi, 9 - Porretta Terme

Recapito telefonico

0534/520320

Distretto di

Porretta Terme

AUSL di

AUSL di Bologna

E-mail

tosetti@libero.it

Cognome e Nome

Morini Mara

Indirizzo

Via Mazzini, 90 - Porretta Terme

Recapito telefonico

0534/20914

Distretto di

Porretta Terme

AUSL/AOSP/IOR di

AUSL di Bologna

E-mail

m.morini@ausl.bologna.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

Le malattie cardiovascolari, in particolare l'infarto miocardico acuto (IMA), costituiscono una patologia di grande impatto sociale caratterizzata da elevata morbilità e mortalità. Se la prevenzione primaria dell'IMA è tuttora difficoltosa a causa del numero e della complessità dei fattori coinvolti, esistono maggiori evidenze sulle possibilità di effettuare una efficace prevenzione secondaria intervenendo sui soggetti interessati attraverso fattori comportamentali, farmacologici e di sorveglianza clinico-strumentale. Tale problematica è rilevante per l'AUSL di Bologna ed in particolare per il Distretto di Porretta Terme, estremamente impegnati in attività assistenziali nell'ambito delle malattie cardiovascolari dai settori dell'emergenza a quelli della gestione della cronicità. Nel Distretto di Porretta è documentato un tasso di ospedalizzazione standardizzato per malattie del sistema circolatorio (404/10000 vs 341/10000), incluso un picco per infarto miocardico acuto (24/10000 vs 21/10000) dovuto ad un cluster spaziotemporale 2001-2002, un elevato tasso standardizzato di altre malattie ischemiche cardiache (72/10000 vs 53/10000) e di malattia ipertensiva (25/10000 vs 15/10000). L'area di intervento è stato il NCP Alta Valle del Reno, costituito da 5 Comuni, con una popolazione complessiva di circa 17000 abitanti. Nel NCP operano 13 medici di medicina generale ed è attivo un Servizio di Cardiologia Ambulatoriale della Divisione di Medicina Interna dell'Ospedale di Porretta Terme.

Questo Servizio funge da molti anni da punto di riferimento per l'attività cardiologica del NCP, fornendo attività clinica e strumentale in rete con i servizi aziendali di secondo livello.

2. Target principale

Il paziente che ha presentato un IMA è un soggetto che secondo le evidenze disponibili deve intraprendere un percorso caratterizzato dalla adozione di idonei stili di vita, dalla assunzione di farmaci cercando di raggiungere target clinico-metabolici significativi, e dalla effettuazione di regolari controlli clinico-strumentali, indipendentemente dalla presenza di sintomi. La complessità dell'intervento, gli effetti dei farmaci, le difficoltà nel sottoporsi periodicamente agli accertamenti ed alle modificazioni degli stili di vita limitano fortemente l'aderenza dei soggetti alle procedure suggerite, con la necessità di rinforzare costantemente le motivazioni.

Sono stati individuati, quindi, per ciascun MMG del NCP aderente i pazienti che hanno presentato un IMA negli anni 2003 - 2008 (tramite database aziendali).

3. Obiettivi generali e specifici

- Verificare la pratica corrente nella prevenzione secondaria dell'IMA
- Favorire l'appropriatezza clinico-terapeutica nella prevenzione secondaria dell'IMA, finalizzata alla riduzione del re-infarto.
- Utilizzare tecniche efficaci di audit clinico integrando formazione ed attività professionale
- Valorizzare l'integrazione del NCP.
- Rispondere alle esigenze assistenziali avanzate dai cittadini e dagli Enti Locali con un intervento effettivo su pazienti ad alto rischio cardiovascolare
- Promuovere nuove sinergie tra i professionisti che operano sul territorio.

4. Risultati attesi

- E' previsto un impatto sulla pratica clinica quotidiana derivante dalla procedura di audit. Considerando che i pazienti in oggetto sono ad alto rischio di ulteriore patologia coronarica ogni modificazione verso una gestione ottimale può essere considerata in termini di vita guadagnata e diminuzione di uso di risorse (ospedalizzazione, procedure di cardiologia invasiva, cardiocirurgia)
- I dati ottenuti dai report costituiranno una fotografia della gestione dei pazienti, da considerarsi originale in quanto dati disponibili dai servizi informativi aziendali (epidemiologici e prescrittivi) saranno integrati da informazioni cliniche che possono contribuire a spiegare difformità dal comportamento atteso e costituire le basi di un possibile adeguamento.

5. Azioni

1^ FASE (ENTRO MAGGIO 2008): si terrà un incontro di nucleo (incontro nucleo 1) per la presentazione del protocollo di progetto e l'adesione dei partecipanti. Successivamente saranno individuati per ciascun MMG aderente i pazienti che hanno presentato un IMA negli ultimi 5 anni (tramite database aziendali) e quindi eleggibili per interventi di prevenzione secondaria. I MMG partecipanti riceveranno l'elenco dei pazienti eleggibili con elenco dei farmaci appartenenti alle 4 classi in oggetto di progetto prescritti nell'ultimo anno, nonché i risultati di laboratorio riguardanti il quadro lipidico.

2^ FASE (ENTRO GIUGNO 2008): ogni MMG confronterà il percorso clinico terapeutico di ciascun paziente individuato con quello standard suggerito dalle linee guida, verificando congruenze ed incongruenze, individuando le cause di non applicabilità. Verrà utilizzata la scheda allegata, che permette di integrare alle informazioni del database amministrativo quelle di carattere clinico.

3^ FASE (ENTRO LUGLIO 2008): i dati integrati (amministrativi e clinici) opportunamente anonimi verranno aggregati per realizzare un report di nucleo da sottoporre alla discussione di gruppo per individuare possibili fattori correttivi alle incongruenze rispetto alle evidenze scientifiche disponibili.

4^ FASE (ENTRO SETTEMBRE 2008): si realizzeranno i percorsi formativi secondo le indicazioni della Commissione Paritetica Integrata per la Formazione in Medicina Generale (due incontri rispettivamente su clinica e farmacologia della gestione del paziente post-infartuato). Nel corso del primo incontro verrà presentata la nuova lettera di dimissione dopo IMA/SCA che permette una maggiore integrazione ospedale-territorio.

5^ e 6^ FASE (ENTRO DICEMBRE 2008): ogni MMG attuerà per i propri pazienti gli interventi ritenuti opportuni. Al termine della fase i MMG riceveranno nuovamente i dati amministrativi che saranno integrati

con i dati clinici. Nella sesta fase i dati anonimi verranno nuovamente aggregati per realizzare un report da sottoporre alla discussione di gruppo per verificare le modificazioni ottenute.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

I principali risultati di questa esperienza possono essere così riassunti:

1. Un percorso di audit rappresenta un'opportunità realizzabile per tendere ad un miglioramento clinico. La compatta partecipazione dei MMG ha permesso di ottenere, pur in un tempo limitato, modificazioni all'attività che si trasformano in un vantaggio per gli assistiti.
2. Tale percorso si realizza attraverso l'integrazione tra cure primarie e secondarie mediata dalla medicina di organizzazione.
3. Per quanto riguarda gli aspetti più specificamente collegati alla patologia in oggetto, questa esperienza evidenzia che in una zona geografica in cui la collaborazione tra cure primarie e specialistica è consolidata è possibile che gli obiettivi di copertura farmacologica siano già molto vicini al massimo ottenibile. Tuttavia i target clinici (in questo caso relativi alla pressione arteriosa e al controllo delle dislipidemie) non risultano ancora ottimali. Questo può essere dovuto all'interferenza di fattori di compliance e ad un uso non ottimale dei dosaggi terapeutici. Questi aspetti possono essere oggetto di esperienze successive.
4. Dal punto di vista degli stili di vita invece la situazione è ampiamente migliorabile. I MMG hanno spazi di miglioramento a cominciare dalla registrazione dei dati antropometrici finalizzata ad un maggiore intervento sui pazienti. I pazienti sicuramente hanno la necessità di migliorare sia sul versante dell'alimentazione che in quello dell'attività fisica. Per questo sono necessarie attività di "empowerment" del paziente che aumentino la consapevolezza dell'importanza di questi agenti terapeutici, oltre al supporto di centri dedicati che diano ai pazienti l'opportunità di individualizzare le correzioni degli stili di vita. Un discorso a parte merita la necessità di ridurre il fumo di sigaretta, segnalando l'assenza, per il momento, nel Distretto di un punto di riferimento specifico.

**Progetto Audit post IMA/SCA nelle Cure Primarie dell'AUSL di Bologna:
prevenzione delle recidive cardiovascolari nel periodo post Infarto Miocardico Acuto o
Sindrome Coronaria Acuta (*)**

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Marcaccio Maria Luisa (DDCP) - Luigi Bagnoli (MMG Animatore)

Indirizzo

Via Montebello, 6 - Bologna

Recapito telefonico

051 - 2869218

Distretto di

Citta' di Bologna

AUSL di

AUSL Bologna

E-mail

ml.marcaccio@ausl.bologna.it

Cognome e Nome

Rapezzi Claudio Direttore SSD Cardiologia

Indirizzo

Via P. Palagi n.9

Recapito telefonico

051 6362715 - 6362440

Azienda

Ospedaliero Universitaria di Bologna

E-mail

claudio.rapezzi@aosp.bo.it

(*) L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna collabora alla realizzazione degli obiettivi principali del progetto garantendo la partecipazione di propri professionisti agli eventi formativi sui contenuti della lettera di dimissione, con particolare riferimento alla strategia di valutazione del rischio residuo, alla prevenzione secondaria e alle terapie farmacologiche e non farmacologiche.

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

Il progetto si colloca nel percorso aziendale previsto dal **"Progetto Audit post IMA/SCA: prevenzione delle recidive cardiovascolari nel periodo post Infarto Miocardio Acuto o Sindrome Coronaria Acuta nelle Cure Primarie dell'Ausl di Bologna"**, progetto innovativo di governo clinico, descritto nel relativo capitolo dell'accordo sindacale locale con i MMG. E' un progetto per la definizione di un modello sostenibile di implementazione dell'EBM nell'assistenza alle patologie croniche in ambito territoriale. E' progetto biennale 2010-2011.

2. Target principale

- 41 Nuclei di Cure Primarie aziendali con 620 MMG

- Medici Cardiologi Ospedalieri (dell'AUSL Bo e dell'**AOSP-UNIV BO Policlinico S.Orsola - Malpighi**) e Territoriali suddivisi per ambiti territoriali di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie
- Medici di Organizzazione delle Cure Primarie di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie
- Farmacisti del Dipartimento farmaceutico aziendale di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie

3. Obiettivi generali e specifici

Obiettivo generale del progetto è definire un modello sostenibile di implementazione dell'EBM nell'assistenza alle patologie croniche in ambito territoriale, utilizzando percorsi formativi e Audit Clinici per il raggiungimento della migliore pratica clinica nell'ambito della cura di una patologia cronica, in particolare nella fase post-acuta dell'IMA/SCA.

Il progetto si sviluppa secondo direttrici integrate, poiché la formazione costituisce un momento cruciale dell'impianto e dello sviluppo dell'Audit e la raccolta dei dati basali dell'Audit a sua volta genera quesiti sui quali fondare la successiva formazione.

- Formazione condivisa tra Medici di Medicina Generale (MMG) e Cardiologi Ospedalieri e Territoriali sui contenuti della lettera di dimissione adottata a livello aziendale su indicazione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare regionale; in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico Aziendale si è integrato il progetto "Farmacista Facilitatore - Informazione Indipendente" dell'autunno 2008 - primavera 2009 in una formazione per singolo NCP che ha visto coinvolti alla pari Animatori MMG, Coordinatori di NCP, Cardiologi Ospedalieri e Territoriali, Farmacisti aziendali, utilizzando come materiale comune il Pacchetto informativo CeVEAS sulle strategie della prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica
- Audit Clinico sulla assistenza post- ricovero ai pazienti che sono stati trattati in ospedale per un Episodio di Infarto Acuto del Miocardio (IMA) o Sindrome Coronaria Acuta (SCA) in un periodo di 5 anni (individuati tramite l'analisi delle SDO della Provincia di Bologna);

Obiettivi specifici

Per ciascuna delle direttrici citate sono stati individuati, in collaborazione con gli Animatori di Formazione e i Coordinatori di NCP, i seguenti obiettivi specifici:

Formazione (percorso già sviluppato in modo estensivo nel corso del 2008 - primo semestre 2009)

- Formare i MMG Animatori di Formazione dell'AUSL di Bologna alla metodologia dell'Audit mediante un percorso sul campo che utilizzi come caso-studio "l'assistenza post-ricovero del paziente post-IMA/SCA", come modello di gestione territoriale di una patologia cronica.
- Organizzare, in collaborazione con i Cardiologi Ospedalieri e Territoriali un evento formativo sui contenuti della lettera di dimissione post-IMA/SCA, con particolare riferimento alla valutazione del rischio residuo, alle terapie in dimissione e alle indicazioni per l'adeguamento degli stili di vita a rischio.
- Organizzare, in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico Aziendale una formazione di NCP che vedrà riuniti Animatori MMG, Coordinatori di NCP, Cardiologi Ospedalieri e Territoriali, Farmacisti aziendali e che utilizzerà il pacchetto Informativo CeVEAS sulle strategie della Prevenzione secondaria e i dati aziendali che costituiscono il baseline dell'Audit post-IMA/SCA.

Audit Clinico

- avviare un registro di pazienti post-IMA/SCA basato sul sistema SDO della Provincia di Bologna
- scegliere le raccomandazioni da implementare nei NCP dell'Ausl BO
- definire una serie di indicatori estraibili dai database della AUSL (consumo farmaci e accertamenti) e della MG (dati antropometrici, biologici e comportamentali) relativi ai pazienti post-IMA/SCA
- implementare l'analisi dell'assistenza ai pazienti post-IMA/SCA in tutti i NCP dell'AUSL (reclutamento dei MMG su base volontaria)
- raccogliere e analizzare i dati forniti dai MMG partecipanti all'Audit elaborando reportistiche ad hoc per singolo partecipante, per NCP e su base aziendale

4. Risultati attesi

Migliorare la prescrizione su farmaci e su stili di vita: fornire ai pazienti indicazioni per modificare lo stile di vita, se necessario; prescrivere aspirina a bassa dose, un betabloccante, un Ace-inibitore e una statina; far raggiungere livelli target di colesterolo LDL

5. Azioni

Vedi Formazione (punti a, b, c) e Audit Clinico (punti a, b, c, d, e) degli **obiettivi specifici**

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Sono previsti obiettivi e indicatori per singolo medico e per gruppo dei medici aderenti, per ciascun NCP, su Farmaci, Accertamenti, Stili di vita, Informazioni brevi.

Obiettivi per singolo medico

Farmaci: 60% dei pazienti del registro con esami del report degli indicatori, nel 60% dei Pazienti del registro

Accertamenti: 60% dei pazienti del registro con esami del report degli indicatori prescritti negli ultimi 12mesi

Stili di vita: registrazione del 70% dei dati antropometrici e descrittivi lo Stile di vita, compresi nel report degli indicatori, nel 60% dei pazienti del registro

Informazioni brevi: descrizione e registrazione dell'attività di Educazione Sanitaria svolta verso il 50% dei pazienti del registro riguardo 3 ambiti fra: Tabagismo, Attività motoria, Alimentazione, Consumo di alcool, Vaccinazione anti-influenzale e anti-pneumococcica

Obiettivi per NCP

Farmaci: obiettivo personale raggiunto dal 70% dei MMG aderenti del NCP

Accertamenti: obiettivo personale raggiunto dal 70% dei MMG aderenti del NCP

Stili di vita: obiettivo personale raggiunto dal 70% dei MMG aderenti del NCP

Informazioni brevi: obiettivo personale raggiunto dal 70% dei MMG aderenti del NCP

Complessivo: 3 Obiettivi personali raggiunti dal 70% dei MMG aderenti del NCP

Attività di educazione e informazione sulle malattie cardiovascolari

RECAPITI DEI REFERENTI DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Manuela Colonna

Indirizzo

Via Cimarosa 5/2 Casalecchio di Reno

Recapito telefonico

051596974 cell 3395344463

Distretto di

Casalecchio di Reno

AUSL

Bologna

E-mail

m.colonna@ausl.bo.it

Cognome e Nome

Rapezzi Claudio Direttore SSD Cardiologia

Indirizzo

Via P. Palagi n.9

Recapito telefonico

051 6362715 - 6362440

Azienda

Ospedaliero Universitaria di Bologna

E-mail

claudio.rapezzi@aosp.bo.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna partecipa dal 2008 con propri professionisti al gruppo interaziendale per la prevenzione cardiovascolare, istituito dall'Azienda USL di Bologna.

Tra i principali obiettivi del gruppo l'implementazione dei progetti di prevenzione cardiovascolare del Piano Regionale della Prevenzione e la necessità di poter disporre di strumenti di comunicazione per la salute per facilitare i professionisti nella promozione, ed i pazienti nell'adozione, di sani stili di vita

Le strategie di promozione della salute si orientano sempre più verso la combinazione di percorsi che, attraverso interventi educativi, facilitino le azioni e modifichino le condizioni di vita conducendo l'individuo o la comunità alla salute.

Pur ritenendo fondamentale l'acquisizione da parte degli operatori sanitari di semplici strumenti di counseling motivazionale il gruppo di coordinamento interaziendale per la prevenzione cardiovascolare dell'AUSL e dell'AOSP, ha condiviso la necessità di mettere a disposizione dei sanitari impegnati nelle attività di prevenzione cardiovascolare, opuscoli contenenti semplici raccomandazioni

- A) Al momento della dimissione, per rinforzare alcune raccomandazioni strategiche per il miglioramento degli stili di vita dei pazienti che hanno subito un evento cardiovascolare acuto.
- B) Per il MMG, nel momento di comunicazione del rischio cardiovascolare al paziente (a seguito della compilazione della carta del rischio o per impostare una strategia condivisa di riduzione del rischio ai pazienti che hanno subito un evento cardiovascolare acuto)
- C) .Per gli specialisti ambulatori territoriali ed ospedalieri di cardiologia, diabetologia, dietologia..

2. Target principale

Pazienti in dimissione dalle cardiologie dopo un evento cardiovascolare acuto.

Pazienti afferenti all'ambulatorio del MMG o alle diverse strutture dell'Azienda USL e dell'AOSP, ai quali è necessario raccomandare l'adozione di sani stili di vita per migliorare le condizioni di salute e/o evitare recidive di eventi cardiovascolari acuti.

Pazienti a cui viene somministrata la carta del rischio nelle strutture ambulatoriali territoriali.

Pazienti diabetici afferenti alle strutture dell'AUSL e dell'AOSP.

Pazienti afferenti agli ambulatori di dietologia dell'AUSL e dell'AOSP.

3. Obiettivi generali e specifici

Supportare con strategie comunicative gli interventi per la riduzione del rischio cardiovascolare, (prevenzione delle recidive di eventi acuti, miglioramento dei comportamenti orientati alla prevenzione) così come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione.

Veicolare ai pazienti ed ai loro familiari informazioni per l'adozione di sani stili di vita.

Facilitare il sanitario (MMG, Cardiologo ospedaliero e territoriale, personale infermieristico) nei diversi setting in cui consiglia ai pazienti l'adozione di adeguati stili di vita per mantenere o migliorare le condizioni di salute.

Garantire uniformità aziendale nell'utilizzo di strumenti di comunicazione per la prevenzione cardiovascolare.

4. Azioni

A. Raccolta del materiale divulgativo già pubblicato in passato

B. Attivazione di un sottogruppo per la stesura e la pubblicazione di due tipologie di opuscoli.

Dopo un infarto

Per il paziente che ha subito un evento cardiovascolare acuto, in cui sono riportate semplici, ma importanti raccomandazioni per riprendere una vita regolare seguendo sani stili di vita ed una specifica sui percorsi e le risorse del territorio (ambulatori, dietologi, diabetologi, cardiologi, malattie del metabolismo, centri antifumo, numero verde igiene della nutrizione).

Scacco al rischio

Contenente i fattori di protezione per la salute del cuore (alimentazione, fumo ed attività motoria) con un accento particolare al paziente diabetico in aderenza con quanto indicato nel PRP e con una specifica sui percorsi e le risorse del territorio (ambulatori, dietologi, diabetologi, cardiologi, malattie del metabolismo, centri antifumo, numero verde igiene della nutrizione).

C. Lettura di comprensibilità e di leggibilità del testo da parte di un campione di cittadini.

5. Risultati attesi

Costituzione di un sottogruppo di lavoro per la definizione del percorso di comunicazione e la redazione degli strumenti informativi

Analisi dei bisogni informativi e realizzazione di test di comprensibilità e leggibilità degli strumenti da parte di un campione di cittadini afferenti agli ambulatori territoriali ed ospedalieri.

Condivisione degli strumenti di comunicazione a valenza interaziendale.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Realizzazione dell'analisi di leggibilità e comprensibilità per la definizione condivisa dei contenuti

Stampa e divulgazione degli strumenti di comunicazione.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Leghissa Roberto
Indirizzo	U.O. Cardiologia. Ospedale Santa Maria della Scaletta via Montericco 4 Imola
Recapito telefonico	0542 662903 328 7633095
Distretto di	Presidio Ospedaliero Azienda AUSL Imola
AUSL di	Ausl 23 - Imola
E-mail	r.leghissa@ausl.imola.bo.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Secondo opinione della U.O di Cardiologia, deve essere "personalizzato" il percorso di prevenzione degli eventi cardiovascolari in chi ha già avuto una SCA.

Riteniamo infatti che non debbano essere coinvolti in questo percorso TUTTI i pazienti con rialzo di troponina i (marker di SCA) indipendentemente dal contesto clinico. Tutti questi pazienti, infatti, sono regolarmente sottoposti entro 72 ore ad indagine coronarografica. Coloro che risultano esenti da lesioni coronariche e soprattutto se anziani (> 85 anni) non rientrano in questo percorso.

Gli uni perché trattasi forse di prevenzione primaria, gli altri perché scarsamente collaboranti e con ridotta autonomia personale.

Riteniamo inoltre che un eccessivo controllo ed enfasi sulla loro patologia possa incrementare la loro ansia e la paura di recidive, tali compromettere la qualità di vita e limitare la loro normale vita di relazione. Secondo nostra intenzione, hanno diritto ad accedere a questo programma i pazienti con documentata patologia coronarica, sottoposti a rivascolarizzazione miocardica con particolare riguardo ed attenzione per i pazienti con STEMI pregresso, sottoposti a PTCA primaria.

In questi mesi, informalmente, abbiamo avuto interviste pre dimissione ai pazienti con recente SCA.

A questi abbiamo chiesto eventuale disponibilità a controlli ed audit periodici per monitorare il loro stile di vita, le loro abitudini alimentari e gli eventi clinici.

Nella maggior parte dei casi, soprattutto nei pazienti in attività lavorativa, abbiamo riscontrato una certa perplessità e ritrosia a voler confessare il loro stile di vita con eventuali modifiche, soprattutto se in corso di audit "allargati" a più utenti. Nulla da eccepire invece, per gli usuali controlli clinici : visita cardiologica ed ECG "privati".

2. Target principale

Sulla base di queste considerazioni, non abbiamo attivato un percorso definito ed aperto a tutti i pazienti con SCA.

I pazienti (e sono almeno il 25% come da esperienze epidemiologiche) che hanno avuto una SCA senza fattori di rischio evidenti o abitudini di vita alterate non trarrebbero giovamento da alcun programma di prevenzione ma solo una eccessiva impronta terroristica della loro patologia.

Riporto altro esempio da un paziente : sentirsi troppo controllati o oppressi da raccomandazioni e consigli può comportare un rifiuto e un "rebound" con abbandono di ogni terapia e consiglio.

3. Obiettivi generali e specifici

Al momento la nostra esperienza si basa su "counseling" infermieristico e medico durante il ricovero e ribadito al momento della dimissione.

Da anni il paziente viene dimesso con un appuntamento programmato a 30 gg. e successivamente 6 mesi. La nostra disponibilità ad essere presenti e rispondere ai quesiti dei pazienti dimessi h24 è totale da parte di ogni cardiologo U.O. di Cardiologia.

I pazienti sono pertanto seguiti a 360° senza limitazioni temporanee.

Abbiamo comunque ipotizzato un ambulatorio dedicato ai controlli dei pazienti con pregressa SCA e rischio moderato/severo di recidiva entro 48 mesi. I pazienti seguirebbero una lista dedicata a questa tipologia di Ambulatorio.

Abbiamo elaborato, sulla base dell'esperienza regionale, la lettera di dimissione dei pazienti con SCA. Ritenendo importante il dato, abbiamo inserito nella lettera la probabilità di eventi nei successivi 48 mesi, valutata percentualmente secondo Carte del Rischio Gissi.

Per ogni paziente segniamo il valore target di LDL da raggiungere: non riteniamo infatti di dover raggiungere i livelli più bassi possibili ma < 80 mg/dl.

Poiché spesso vengono richiesti o eseguiti test da sforzo non indicati, segnaliamo nella lettera che questo esame non è necessario se non intervengono eventi clinici nuovi e comunque concordato preventivamente col cardiologo referente.

La lettera verrà discussa ed accettata dai rappresentanti Medici Cure Primarie mercoledì 25 pv.

In questa occasione verrà presentato il progetto regionale e nazionale sulla prevenzione.

Poiché talora il paziente transita in reparto Internistico prima della dimissione, la lettera in questione verrà concordata anche con i colleghi di questi reparti.

4. Risultati attesi

Per quel che riguarda l'ambulatorio dedicato, si potrà valutare se, dopo un periodo osservazionale di un anno, il paziente si colloca in una fascia di rischio più basso.

Per quel che riguarda la lettera di dimissione e la prevista riunione, il risultato principale è un maggior collegamento e scambio informazioni ospedale/territorio per una maggiore e sempre più completa integrazione.

Con la riunione verrà ulteriormente ribadita la doverosa attenzione anche da parte dei medici di Medicina Generale sulle problematiche relative alla prevenzione, perché per ovvi motivi professionali, sono loro che vengono maggiormente a contatto col paziente (sia per facilità di accesso ambulatoriale del paziente che per periodico contatto medico/paziente : prescrizione di farmaci).

5. Azioni

Una volta condivisa con i Medici di Medicina Generale e i colleghi internisti, verrà informatizzata la lettera per compilazione con "maschere" predefinite.

L'Ambulatorio dedicato necessita competenze specifiche da parte dei medici (prevalentemente coinvolti coloro che eseguono cardiologia invasiva). Prima della visita del primo anno dovranno essere eseguiti gli esami ematici necessari per la completa valutazione sec. Carte Rischio Gissi.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

I pazienti inseriti saranno registrati con quadro clinico e valutazione del rischio all'inizio dell'esperienza, dopo un anno e due anni.

Questo consentirà di valutare la compliance dei pazienti al nuovo stile di vita e la risposta positiva per la loro salute.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome
Alboni Paolo
Indirizzo
Recapito telefonico
051/6838219
Distretto di
Cento
AUSL/AOSP di
Azienda USL di Ferrara
E-mail
p.alboni@ausl.fe.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

Tre UO di Cardiologia (Cardiologia dell'Arcispedale S. Anna, Cardiologia dell'Ospedale di Cento, Cardiologia dell'Ospedale del Delta)

2. Target principale

Diminuire l'incidenza degli eventi cardiovascolari secondari, attraverso il miglioramento della continuità di cura fra ospedale e territorio, della relazione fra operatori sanitari

3. Obiettivi generali e specifici

Definizione di percorsi integrati fra ospedale e territorio con il coinvolgimento di tutti i professionisti impegnati nell'assistenza al paziente con pregresso IMA/SCA

4. Risultati attesi

Miglioramento della qualità di cura del paziente

5. Azioni

Lettera di dimissione comune alle tre UO di Cardiologia della provincia
Corso di formazione indirizzato ai medici di Medicina generale
Definizione di un follow-up strutturato, valido per la Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
Promozione della attività motoria (vedi allegato n. 3 bis)

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Lettera di dimissione concordata: ~ 100%
Documentazione di un follow-up pianificato

Promozione dell'Attività Motoria in soggetti con cardiopatie pregresse

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

Grazzi Giovanni

Indirizzo

Centro Studi Biomedici applicati allo Sport
Università di Ferrara
Via Gramiccia, 35
44100 Ferrara

Recapito telefonico

0532-455970 / 1 , 455980 / 1 / 2

Distretto di

AUSL/AOSP di

AUSL Ferrara
Dipartimento di Sanità Pubblica
Modulo Dipartimentale dell'Attività Motoria per soggetti cardiopatici.

E-mail

giovanni.grazzi@unife.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

Progetto di prevenzione secondaria realizzato dall'Università di Ferrara (Centro Studi Biomedici applicati allo Sport) dal 1998 con Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, dal 2009 con Azienda Sanitaria Locale di Ferrara.

2. Target principale

Prescrizione di attività fisica personalizzata per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute di soggetti con pregresso evento cardiovascolare acuto (post-IMA, post-SCA, post-PTCA, post-By pass Aorto Coronarico, post-trapianto cardiaco, post-cardiochirurgia valvolare).

3. Obiettivi e risultati attesi

Valutazione funzionale e prescrizione di attività fisica per il miglioramento della funzionalità cardiocircolatoria, della qualità della vita e della sopravvivenza.

E inoltre per la riduzione del rischio di re-ospedalizzazione e della spesa sanitaria.

4. Azioni

All'ingresso: presa in carico del paziente con valutazione del rischio cardiovascolare, valutazione funzionale e impostazione del progetto personalizzato di attività motoria con l'obiettivo di raggiungere un livello di attività fisica settimanale corrispondente ad un dispendio energetico di almeno 1500 kcal.

Durante il primo anno: rivalutazione della funzionalità cardiocircolatoria ogni 3 mesi con adeguamento del programma domiciliare.

Dopo il primo anno: rivalutazione funzionale ogni 4 mesi con adeguamento del programma domiciliare, se necessario.

A partire dal secondo anno controlli funzionali semestrali con adeguamento del programma domiciliare, se necessario.

5. Risultati ottenuti

Nei 12 anni di attività sono stati presi in carico 1880 soggetti.

Nei pazienti che meglio avevano aderito al programma di attività motoria prescritto (~25% dei casi arruolati) il rischio di mortalità è risultato cinque volte inferiore rispetto a quello dei soggetti incapaci di aderire al programma (~25% dei casi arruolati). L'ospedalizzazione del gruppo più attivo è risultata la metà rispetto al gruppo meno attivo.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

MARGHERI MASSIMO (Direttore Dip. CardioVascolare)

Indirizzo

Viale Randi, 5 RAVENNA

Recapito telefonico

0544/285745 (segreteria del reparto di Cardiologia)

Distretto di

Presidio Ospedaliero di RAVENNA

AUSL di

AUSL di RAVENNA

E-mail

m.margheri@ausl.ra.it; ra.cardiologia@ausl.ra.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca****INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO**

1 - Gestione ambulatoriale delle visite URGENTI richieste dai Medici di Medicina Generale con ricetta rossa SSN, da parte del Servizio Cardiologico di Ravenna con accesso DIRETTO nella fascia oraria 8⁰⁰-16⁰⁰ dal lunedì al venerdì e 8⁰⁰-13⁰⁰ il sabato. Per le fasce orarie residue la gestione è affidata al consulente cardiologo tramite Pronto Soccorso.

2 - Sperimentazione per problematiche cardiologiche minori, di un contatto telefonico diretto tramite numero telefonico dedicato tra MMG e Cardiologo identificato, nella fascia oraria 9⁰⁰-12⁰⁰ e 15⁰⁰-18⁰⁰ dal lunedì al venerdì.

3 - Attivazione negli ambiti aziendali (Ravenna, Lugo e Faenza) di ambulatori dedicati alla diagnosi e cura dell'Ipertensione Arteriosa in stretta collaborazione con la Medicina di Base, finalizzati alla corretta gestione clinica del paziente iperteso che presenti un elevato profilo di rischio cardiovascolare e problematiche non risolvibili in prima istanza dall'MMG.

2. Target principale

Utenti seguiti dal medico di base.

3. Obiettivi generali e specifici

Migliorare l'appropriatezza d'invio dell'utenza presso la struttura ospedaliera da parte della medicina territoriale, mediante la condivisione di percorsi strutturati di consultazione/condivisione delle scelte diagnostico-terapeutiche

4. Risultati attesi

Riduzione del carico assistenziale (inappropriato o gestibile con altra modalità) dei reparti ospedalieri di Cardiologia.

5. Azioni

1- Gestione ambulatoriale delle visite URGENTI con accesso DIRETTO nella fascia oraria 8⁰⁰-16⁰⁰ dal lunedì al venerdì e 8⁰⁰-13⁰⁰ il sabato. Per le fasce orarie residue la gestione è affidata al consulente cardiologo tramite Pronto Soccorso.

2- Sperimentazione di un contatto diretto tramite numero telefonico dedicato tra MMG e Cardiologo identificato, nella fascia oraria 9⁰⁰ - 12⁰⁰ e 15⁰⁰ - 18⁰⁰ dal lunedì al venerdì.

3- Attivazione negli ambiti aziendali (Ravenna, Lugo e Faenza) di ambulatori dedicati alla diagnosi e cura dell'ipertensione Arteriosa.

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Ottorino Catapano
Indirizzo	UO Cardiologia - Ospedale Morgagni - Forlì
Recapito telefonico	0543-735160 (Emodinamica)
Distretto di	
AUSL di	FORLÌ
E-mail	o.catapano@ausl.fo.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Ambulatorio di UO dedicato.

2. Target principale

Tutti i pazienti dimessi da UO di Cardiologia con diagnosi di Sindrome coronarica acuta.

3. Obiettivi generali e specifici

Prevenire la comparsa di successivi episodi acuti, prevenire la comparsa di disfunzione ventricolare sinistra (per i pazienti con funzione cardiaca ancora normale) o rallentare la sua progressione (per i pazienti con compromissione della funzione già in atto) attraverso l'applicazione sistematica di protocolli terapeutici basati sull'evidenza scientifica. Particolare attenzione verrà data al controllo dei fattori di rischio modificabili (ipertensione arteriosa, dislipidemia, sindrome metabolica, diabete mellito, abitudine al fumo).

4. Risultati attesi

Continuità assistenziale nel periodo di stabilizzazione del paziente.

Raggiungimento di goal terapeutici di prevenzione secondaria.

Consequente riduzione delle riospedalizzazioni per cause cardio-vascolari acute (sindrome coronarica acuta, ictus, procedure di rivascolarizzazione).

Possibile riduzione della mortalità cardio-vascolare

5. AzioniModalità di accesso:

- a- al momento della dimissione viene dato un appuntamento per visita ambulatoriale di controllo dopo 30 giorni circa (prima visita). In tale occasione vengono pianificati i controlli successivi ed attivato il percorso;

- b- il MMG può richiedere la visita cardiologica con indicazione di "attivazione percorso paziente con sindrome coronarica acuta stabilizzata". In occasione della prima visita vengono pianificati i controlli successivi ed attivato il percorso.

Contenuto della prima visita:

- a- visione della documentazione relativa al recente ricovero;
- b- identificazione dei sintomi ischemici ed istruzioni sul comportamento da tenere in caso di recidiva;
- c- istruzioni generiche sullo stile di vita e livello di attività fisica;
- d- adeguamento terapeutico se indicato; e - programmazione di:
 - 1- test ergometrico (per valutazione della capacità funzionale ed eventuale ischemia residua),
 - 2- ecocardiodoppler (per valutazione "cronica" della funzione ventricolare sinistra),
 - 3 - ecodoppler tronchi sopra-aortici (per diagnosi di malattia carotidea misconosciuta),
 - 4 - esami ematochimici utili per il follow-up (CTtot, CT-LDL, CT-HDL, TG, AST, ALT, CPK, glicemia, creatinina, micro-albuminuria).Gli esami vanno espletati prima della seconda visita da prevedere a distanza di 6 mesi.

Indicazione sull'utilizzo di farmaci:

per tutti i soggetti ASA (75-165 mg/die), clopidogrel 75 mg per 6 mesi se SCA-NSTE, beta-bloccante salvo controindicazioni, statina, ACE-inibitore se ipertensione arteriosa, diabete, FE <45%.

Goal terapeutici:

PA <140/90 o <130/80 se diabetico; CT-LDL <70 mg/dL; emoglobina glicosilata <6,5%.

Contenuto della seconda visita:

- a- visione dei risultati degli accertamenti richiesti e classificazione del paziente all'interno della tipologia di percorso individualizzata;
- b- adeguamento terapeutico; c- istruzioni definitive sullo stile di vita e livello di attività fisica.

Percorso per paziente non complicato (FE >45%, non evidenza di ischemia residua*):

controllo clinico annuale, strumentale in caso di variazioni del quadro.

Percorso per paziente con disfunzione ventricolare sinistra (FE <45%) o ischemia residua*:

controllo clinico semestrale, ecocardiografia annuale, test provocativo annuale (se clinicamente indicato).

*ischemia residua: presenza di coronaropatia estesa non trattata e/o non trattabile associata o meno ad evidenza oggettiva di ischemia miocardica.

Uscita dal percorso:

il paziente non complicato che dopo 3 anni non ha avuto eventi clinici può uscire dal percorso ed essere affidato completamente al MMG.

6. Valutazione dei risultati/indicatori

- 1- % pz con C-LDL <100 al controllo annuale
- 2- % pz con PA <140/90 (o <130/80 se diabetico) al controllo annuale
- 3- % pz non fumatori al controllo annuale (target 90%)
- 4- numero di riospedalizzazioni per cause cardio-vascolari nel corso dell'anno (target <20%).

ADOZIONE LETTERA DI DIMISSIONE SPECIFICA PER PAZIENTI CON SCA COME DA INDICAZIONI REGIONALI

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

PIERI PIERLUIGI

Indirizzo

DIRETTORE U.O. MEDICINA CARDIOVASCOLARE;
DIR. DIPARTIMENTO MEDICINA SPECIALISTICA

Recapito telefonico

0547 35 28 60

Distretto di

AUSL di

ASL CESENA

E-mail

gpieri@ausl-cesena.emr.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

A seguito delle indicazioni regionali sulla Prevenzione secondaria dopo SCA che prevedeva l'adozione di una lettera di dimissione specifica, diversa da quella standard, è stato fatto quanto segue:

Partendo dalla lettera di dimissione suggerita dalla Commissione regionale sono state apportate alcune modifiche ritenute utili da parte di un gruppo di lavoro ristretto composto da:

Dott. Tartagni Flavio (Direttore U.O. di cardiologia)

Dott. Pieri Pierluigi (Direttore Dipartimento medicina Specialistica e Direttore U.O. medicina cardiovascolare)

Incaricato del CED.

La lettera, condivisa, è stata introdotta nella pratica a partire dal LUGLIO 2008 e compare nella videata del computer (Intranet-OnRep) al momento della dimissione e viene utilizzata per i pazienti che hanno avuto una SCA. Questa lettera, di cui si allega modello, viene utilizzata prevalentemente dalla UO di Cardiologia ma può essere utilizzata anche da altre U.O. che possono occasionalmente dimettere pazienti con questa diagnosi (es. Med. D'Urgenza, Medicina Cardiovascolare, Med. Interna, Geriatria).

2. Target principale

Pazienti con precedente sindrome coronarica acuta (SCA)

3. Obiettivi generali e specifici

Generare una cultura della prevenzione secondaria dopo SCA che suggerisca azioni specifiche e targets da raggiungere (ES. Col-LDL, Attività fisica, Pressione arteriosa; Controllo del diabete- HbA1C) coinvolgendo direttamente i MMG.

4. Risultati attesi

Sviluppo cultura della prevenzione delle recidive CV.

PREVENZIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO COME EVENTO CARDIOVASCOLARE NEL POST INFARTO

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome

PIERI PIERLUIGI

Indirizzo

DIRETTORE U.O. MEDICINA CARDIOVASCOLARE;
DIR. DIPARTIMENTO MEDICINA SPECIALISTICA

Recapito telefonico

0547 35 28 60

Distretto di

AUSL di

ASL CESENA

E-mail

gpieri@ausl-cesena.emr.it

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA

1. Contesto in cui si colloca

Uno degli eventi cardiovascolari più frequenti che possono seguire ad un infarto miocardico è lo Scompenso Cardiaco in considerazione della maggior sopravvivenza dei pazienti e l'invecchiamento dei pazienti sopravvissuti.

Lo scompenso riconosce nella cardiopatia ischemica post infartuate la seconda causa più frequente dopo la cardiopatia ipertensiva.

Nonostante i progressi della terapia farmacologia e non farmacologia per la cura dello scompenso cardiaco questa patologia genera un elevato numero di ricoveri ospedalieri e conseguente elevato consumo di risorse.

Una causa importante alla base delle recidive di scompenso e quindi re-ricoveri è la mancanza di continuità assistenziale. Spesso tali pazienti vengono ricoverati in reparti diversi a seconda della disponibilità di posti letto con cambiamenti della terapia non sempre giustificati.

Modelli organizzativi innovativi tendenti al miglioramento della continuità assistenziale e alla presa in carico di pazienti con scompenso cardiaco cronico avanzato (quelli a maggior rischio di instabilità clinica e di re-ricoveri) potrebbero portare ad un miglioramento della qualità dell'assistenza, della soddisfazione dei pazienti e loro famiglie e ad un considerevole consumo di risorse.

2. Target principale

Pazienti con Scompenso cardiaco cronico avanzato e multiple co-morbilità

3. Obiettivi generali e specifici

Miglioramento della continuità assistenziale

Miglioramento della qualità di vita dei pazienti e soddisfazione delle loro famiglie

Riduzione dei Re-ricoveri per scompenso cardiaco

Riduzione conseguente del consumo di risorse

4. Risultati attesi

A partire dal 2002 abbiamo introdotto un sistema innovativo nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco cronico avanzato (progetto aziendale) che prevede l'impiego della TELEMEDICINA e del TELECONSULTO anche attivo.

Tale progetto è stato premiato nel 2003 nell'ambito del FORUM PA Salute

Il progetto ha attualmente un follow up di 6 anni ed ha prodotto costantemente una riduzione dei ricoveri altamente significativa e delle relative giornate di degenza.

La qualità di vita percepita è notevolmente migliorata (come documentato da questionari ad hoc).

Si è creata una grande fidelizzazione da parte dei pazienti presi in carico

In media una riduzione dei re-ricoveri per scompenso di circa il 50%

5. Valutazione dei risultati/indicatori

I risultati sono stati presentati ai congressi scientifici nazionali quali Società italiana di cardiologia ecc.

I dati aggiornati sono i seguenti:

dal 2002 al 31 dicembre 2008 sono stati seguiti in telemedicina n. 154 pazienti con follow up medio di 922 gg (91-2343 gg)

Riduzione dei re-ricoveri per scompenso cardiaco (in prima diagnosi della SDO) rispetto ad analogo periodo pre-inserimento nel modello organizzativo di telemedicina e teleconsulto (con presa in carico): - 47.9%

Riduzione corrispondenti giornate di degenza: - 25.5%

RECAPITI DEL REFERENTE DELL'ESPERIENZA

Cognome e Nome	Destro Antonio
Indirizzo	Via Montefeltro 15
Recapito telefonico	0541705440
Distretto di	Rimini
AUSL di	Rimini
E-mail	adestro@aulsrn.net

ARTICOLAZIONE DELL'ESPERIENZA**1. Contesto in cui si colloca**

Protezione pazienti cardiopatici, dimessi dopo SCA (sindrome coronarica acuta) STEMI o NON-STEMI

2. Target principale

A Rimini è attivo h24 il servizio di PTCA nell'IMA (Stemi), in stretta collaborazione con il "118"
Il follow - up di questi pazienti ci consente di ottimizzare le strategie organizzative e terapeutiche.

3. Obiettivi generali e specifici

Verificare gli esiti delle terapie interventistiche (o non) applicate
Accertare se i farmaci vengono assunti regolarmente e se sono ancora tutti indispensabili
Accertare la compliance del paziente allo stile di vita consigliatogli alla dimissione

4. Risultati attesi

Riduzione e/o rapida intercettazione delle possibili recidive

5. azioni

Contatto con medico di base (lettera di dimissione dettagliata e personalizzata)
Distribuzione diretta dei farmaci
Educazione sanitaria - cardiorianimatoria della popolazione (Progetto "Riminicuore", attivo dal 1987 e che ha già formato oltre 12.000 allievi)
Controllo clinico a 3- 6 12 mesi (il primo controllo viene prenotato alla dimissione solo per tipologia di pazienti particolarmente a rischio; la seconda a tutti, sempre con appuntamento assegnato alla dimissione, il terzo controllo viene attivato via CUP dal MMG.). Alcuni pazienti (es: PTCA su tronco comune) vengono prenotati comunque per coronarografia di controllo a 6 o 12 mesi
E' disponibile anche un Servizio di Riabilitazione Cardiologica (DH)

6. Valutazione dei risultati/indicatori

Incidenza di recidive, valutate mediante la ripetizione del ricovero, il follow-up ambulatoriale, l'accesso a "visite cardiologiche prioritarie".