

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

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

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Report 2009



 Regione Emilia-Romagna

ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE

**Progetto regionale per la prevenzione delle
recidive degli accidenti cardiovascolari - IMA/SCA**
Piano regionale della prevenzione

Report 2009

A cura di:

Clara Curcetti, Pasquale Matacchione, Mara Morini, 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

Si ringrazia per la collaborazione:

Servizio Sanità pubblica - Regione Emilia-Romagna
Agenzia Sanitaria e Sociale - Area di programma governo clinico - Regione Emilia-Romagna
in particolare, si ringrazia Paola Angelini e Paolo Guastaroba

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

Indice

Prefazione	1
Un approccio di sanità pubblica alle malattie cardiovascolari	3
La governante dei processi integrati ospedale-territorio per rispondere in modo adeguato alla domanda assistenza dei cittadini	5
Capitolo I - Il contesto di riferimento	7
1.1 Alcuni dati epidemiologici	9
1.2 Il Progetto regionale per la prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari - IMA/SCA	11
Capitolo II - Le azioni di supporto nelle Aziende Sanitarie	13
2.1 Il monitoraggio nelle Aziende Sanitarie anno 2008	15
2.2 Il monitoraggio nelle Aziende Sanitarie anno 2009	15
Allegati	21
1 Linee regionali per la realizzazione del Piano regionale della Prevenzione: il Progetto per la prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari - IMA/SCA	23
2 Il monitoraggio: anno 2008	41
3 Le azioni regionali di supporto e il monitoraggio: anno 2009	45

Prefazione

Un approccio di sanità pubblica alle malattie cardiovascolari

La sanità pubblica è, secondo una definizione dell'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". Ed è proprio questa la visione del nostro Servizio Sanitario che basa la sua programmazione su progetti che assumono una logica di universalità ed equità, valorizzando il contributo delle azioni di prevenzione.

La prevenzione ha per obiettivo la riduzione dei fattori di rischio per la salute umana e lo sviluppo e la valorizzazione dei fattori protettivi. Essa riveste un ruolo fondamentale nella tutela della salute e nella promozione di garanzie sociali e comportamenti - individuali e collettivi - che aumentano attivamente la possibilità di rimanere in salute, ossia di godere pienamente di uno stato di equilibrio e benessere fisico e mentale.

Il contesto in cui la programmazione sanitaria si trova a operare, in termini di prevenzione, è mutato nel tempo: da un lato assistiamo al progressivo cambiamento della popolazione, sia per l'aumento numerico della classe di età più anziana, sia per la diversa composizione etnica a seguito dei fenomeni di immigrazione; dall'altro, assume più rilievo l'impatto dell'ambiente di vita sulla salute delle persone.

Il rapporto tra salute e ambiente di vita ha profonde correlazioni: di qui la necessità di operare per la promozione di un contesto più salubre in termini di inquinamento atmosferico e acustico, e di piani di sviluppo urbanistico favorevoli al regolare svolgimento di attività fisica.

L'altro elemento di contesto per la valutazione delle priorità di intervento è il quadro epidemiologico e demografico, che rischia di mettere in una crisi irreversibile la sostenibilità dei servizi sanitari. Ci si riferisce in particolare all'invecchiamento della popolazione, con un aumento del numero di persone in condizione di non autosufficienza, e al crescente peso assistenziale di gruppi di popolazione con condizioni morbose croniche su cui l'evoluzione della pratica clinica consente interventi diagnostici e terapeutici che migliorano sensibilmente la qualità della vita, pur assorbendo molte risorse.

Sulla base di queste considerazioni, risulta essenziale muoversi in una logica di prevenzione delle patologie croniche che già ora rappresentano in termini numerici un'emergenza a livello mondiale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità dei 58 milioni di morti del 2005, circa 35 milioni sono attribuibili a malattie croniche che oggi rappresentano la principale causa di morte fra gli adulti di quasi tutti i Paesi.

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.

Pierluigi Macini
Paola Angelini
Alba Carola Finarelli
*Servizio Sanità Pubblica
Regione Emilia-Romagna*

La governance dei processi integrati ospedale-territorio per rispondere in modo adeguato alla domanda assistenziale dei cittadini

Il Sistema sanitario nazionale ha subito, negli ultimi dieci anni, profonde trasformazioni demografiche, epidemiologiche e sociali. 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 particolare, la Legge Regionale n. 29/2004, il Piano Sanitario 1999/2001 e la Delibera di Giunta Regionale n. 309/2000, il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008/2010 (Delibera Assemblea Legislativa n. 175/2008) e la Delibera di Giunta Regionale n. 2011/2007 "Indirizzi per l'Organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche, di sanità pubblica" delineano una cornice normativa e programmatica di riferimento che assegna un ruolo chiave all'ambito delle cure primarie a cui, rispetto agli assetti organizzativi e alle modalità di erogazione dell'assistenza tradizionali, si chiede un cambio di paradigma assistenziale proprio per i nuovi scenari legati al progressivo invecchiamento della popolazione, il continuo aumento della prevalenza delle malattie croniche e la sempre maggior interconnessione degli aspetti sanitari e sociali nel determinare la qualità della vita e salute. Il contesto normativo regionale è poi completato dall'Accordo Integrativo Regionale (AIR) con la Medicina generale (Delibera di Giunta Regionale n. 1398/2006) e con la Pediatria di libera scelta (Delibera di Giunta Regionale n. 17/2009), che individua il sistema delle cure primarie come luogo per concretizzare l'innovazione e la qualificazione dell'assistenza ai cittadini, rilancia il modello organizzativo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP), unità organizzative di base mirate a ri-orientare l'accesso dei cittadini, intercettandone e disciplinandone l'accesso al complesso del sistema delle cure non urgenti o emergenti ed a promuovere la presa in carico delle patologie croniche e l'integrazione dei processi assistenziali.

In tale contesto l'elemento maggiormente qualificante è lo sviluppo integrato delle professionalità, con la costruzione di un sistema di relazioni cliniche e organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappia valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrando

competenze, conoscenze e abilità specifiche, giungendo a modelli organizzativi sempre più aderenti ai bisogni dei cittadini.

La definizione di percorsi integrati e facilitati tra l'ospedale e il territorio rappresenta la modalità che favorisce le relazioni tra i professionisti coinvolti nei vari livelli assistenziali e facilita, quanto più possibile, il cittadino nell'accesso all'assistenza sanitaria.

E' un obiettivo complesso che intende trovare nel Progetto regionale per la prevenzione delle recidive degli incidenti cardiovascolari la modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi, con un approccio globale e integrato tra le diverse professioni, tenendo conto delle molteplici dimensioni del bisogno della persona.

Antonio Brambilla

Clara Curcetti

*Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale,
pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Regione Emilia-Romagna*

Capitolo I

Il contesto di riferimento

1.1 Alcuni dati epidemiologici

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 incide notevolmente sulla riduzione del rischio di malattia.

Dai dati del Progetto Cuore (ISS) risulta che in Italia, nella popolazione adulta (35-74 anni), il 28% delle morti è causato da malattie cardiovascolari. In particolare, il 12% è dovuto a malattie ischemiche del cuore, l'8% a infarto acuto del miocardio, il 6% a malattie cerebrovascolari (dati relativi al 2002).

In particolare, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore è maggiore negli uomini rispetto alle donne. Dalla metà degli anni '70 a oggi, il tasso di mortalità è in lenta e graduale diminuzione.

I grafici (uomini, donne) illustrano l'andamento del tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore e per infarto miocardico acuto dal 1980 al 2002 in Italia. I tassi di mortalità sono standardizzati per l'età 35-74 anni con metodo diretto utilizzando la popolazione europea come riferimento. (Fonte: Banca dati sulla mortalità in Italia dell'Ufficio di Statistica, ISS).

Grafico 1 - Uomini: mortalità per 100.000 per malattie ischemiche del cuore (codici ICD-9 410-14) e infarto miocardico acuto (codice ICD-9 410), uomini 35-74 anni (dati standardizzati con la popolazione europea)

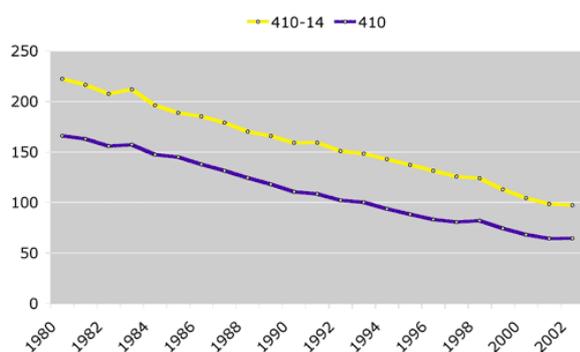
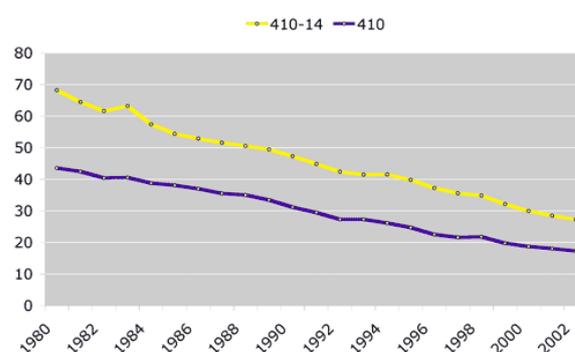


Grafico 2 - Donne: mortalità per 100.000 per malattie ischemiche del cuore (codici ICD-9 410-14) e infarto miocardico acuto (codice ICD-9 410), donne 35-74 anni (dati standardizzati con la popolazione europea)



In Emilia-Romagna i grafici sul trend dei tassi di mortalità standardizzati per età per 100.000 per IMA e malattie ischemiche del cuore (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - registro di

mortalità REM) mostrano un andamento oscillante negli anni, ma comunque in diminuzione durante il periodo 2002-2007.

Grafico 3 - Tassi di mortalità standardizzati per IMA (x 100.000)

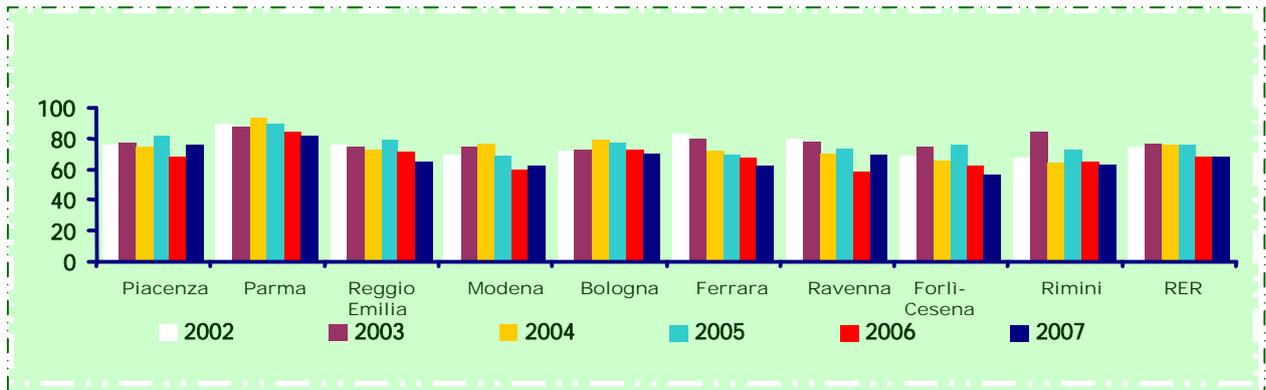
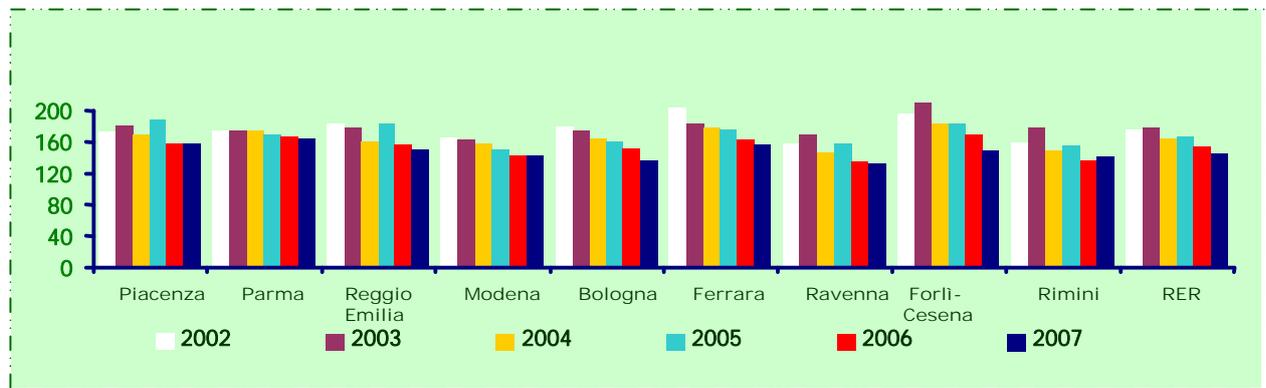


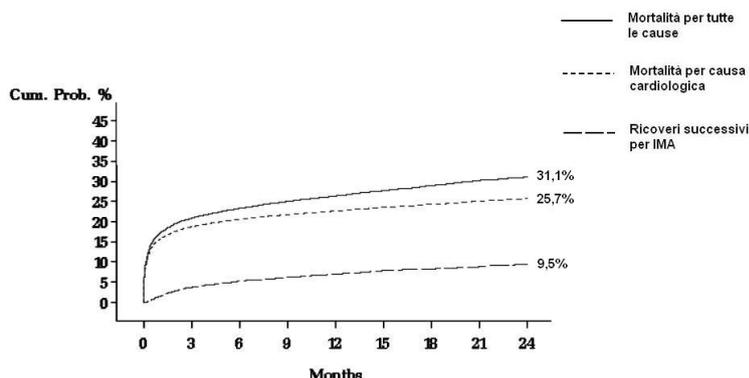
Grafico 4 - Tassi di mortalità standardizzati per malattie ischemiche del cuore (x 100.000)



I casi di infarto ed angina sono stati 97.605 nel 2002, 93.565 nel 2003 e 90.844 nel 2004 (stime dell'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale). Inoltre, la prevalenza di malattie cardiovascolari nella popolazione compresa tra i 35 e i 75 anni è stata del 28,6 % nel 2002; del 31,1 % nel 2003 e del 31,9 % nel 2004 (stime dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale). Per quanto riguarda le recidive, si è ottenuta la stima dell'incidenza di un secondo accidente cardiovascolare nella popolazione regionale,

controllando una coorte di circa 10.000 pazienti, che avevano avuto un ricovero per Infarto Miocardico Acuto negli anni 2002-2003 e che sono stati osservati fino al 31 dicembre 2004. Dall'analisi dei dati riportati nel grafico, pur nella consapevolezza che il follow-up è molto limitato nel tempo, si può ricavare un'indicazione di sostanziale stabilizzazione della curva con il raggiungimento del plateau a breve distanza dall'evento.

Grafico 5 - Stima dell'incidenza di recidive di Infarto Miocardico Acuto



1.2 Il Progetto regionale per la prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari

Il Progetto regionale per la prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari si colloca in tale contesto, quale espressione delle scelte di politica sanitaria attuate dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito del Piano regionale della Prevenzione.

La finalità è di diminuire l'incidenza degli accidenti cardiovascolari secondari attraverso il miglioramento della continuità di cura fra ospedale e territorio, della qualità di cura del paziente, delle relazioni fra operatori sanitari; migliorare l'informazione fornita al paziente e alla sua famiglia, con lo sviluppo delle attività di counselling e sviluppare l'adozione e il mantenimento nel tempo di stili di vita favorevoli alla conservazione o al recupero della salute.

Infatti, uno dei problemi principali dopo la dimissione ospedaliera del paziente con infarto miocardico acuto (IMA) e sindrome coronarica acuta (SCA), è quello di assicurare al MMG che lo prende in carico un riferimento specialistico cardiologico, con modalità di contatto semplice.

Per raggiungere pienamente le finalità che il Progetto si è proposto e per supportare l'implementazione e lo sviluppo del progetto nelle Aziende sanitarie, nel 2007 è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro regionale, a carattere interdisciplinare e multiprofessionale (Determina dirigenziale n. 3523 del 22 marzo 2007), 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 Progetto regionale si è articolato in tre gruppi di azioni:

A) lettera di dimissione del paziente con evento cardiovascolare acuto;

B) la stratificazione del rischio cardiovascolare;

C) il percorso del paziente dimesso dopo evento cardiovascolare acuto.

Da un punto di vista operativo, il gruppo di lavoro ha predisposto il documento "contenuti standard della lettera di dimissione dopo infarto miocardico acuto (IMA) e sindrome coronarica acuta (SCA)", successivamente condiviso con le Direzioni Generali di tutte le Aziende sanitarie e oggetto di confronto nell'ambito della Commissione Cardiologica Regionale.

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, con la possibilità di inserire, in ambito aziendale, tutti gli elementi aggiuntivi ritenuti utili.

I principali elementi dei contenuti standard della lettera di dimissione (dopo IMA/SCA) sono riferiti alla diagnosi di dimissione, al motivo del ricovero e ad una sintesi della storia clinica del paziente e della terapia farmacologica al domicilio; all'iter clinico, diagnostico-terapeutico espletato durante il ricovero e i riferimenti emato-chimici rilevanti. La lettera standard di dimissione contiene, inoltre, una evidenziazione sintetica dei fattori di rischio cardiovascolari, sia quelli identificati dopo l'evento che correlati all'esito dell'evento e le adeguate indicazioni terapeutico-comportamentali per il paziente, quali: l'alimentazione, l'attività fisica, il fumo, la ripresa dell'attività sessuale.

LA LETTERA STANDARD DI DIMISSIONE

<div style="text-align: right;">Copia per il paziente <input type="checkbox"/> Copia per il Medico <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center; font-size: small; margin-bottom: 10px;">  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> </div> <p>AZIENDA OSPEDALIERA/USL DI _____ PRESIDIO OSPEDALIERO _____ DATI DELLA STRUTTURA _____</p> <p>CONTENUTI STANDARD DELLA LETTERA DI DIMISSIONE (dopo IMA/SCA)</p> <p>Egregio Collega, Medico curante del/la sig./sig.ra _____ nato/a il ___/___/____</p> <p>Relazione clinica relativa al ricovero dal _____ al _____, cartella clinica n. _____.</p> <p>1. Diagnosi di dimissione: _____ _____</p> <p>2. Motivo del ricovero: _____ _____</p> <p>3. Sintesi della storia clinica pregressa e della terapia farmacologica al domicilio: _____ _____</p> <p>4. Iter clinico, diagnostico e terapeutico (anche farmacologico) durante il ricovero (comprese le complicanze) e riferimenti emato-chimici rilevanti: _____ _____</p> <p>5. Stratificazione del rischio alla dimissione (valutazione qualitativa):</p> <p>5a. Fattori di rischio cardiovascolari identificati dopo l'evento:</p> <p>fumo _____ sedentarietà _____ diabete _____ dislipidemia: Colesterolo totale _____; HDL _____; LDL _____ ipertensione _____ peso corporeo alla dimissione e BMI _____</p> <p>5b. Fattori di rischio cardiaci correlati all'esito dell'evento:</p> <p>Ischemia residua _____ Disfunzione ventricolare sinistra _____ Instabilità elettrica _____</p> <p>6. Comorbidità _____ _____</p>	<div style="text-align: right;">Copia per il paziente <input type="checkbox"/> Copia per il Medico <input type="checkbox"/></div> <p>7. Si allegano i referti dei seguenti esami strumentali: ECG pre-dimissione Coronarografia, altre procedure invasive</p> <p>8. Terapia farmacologica prescritta alla dimissione</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Principio Attivo</th> <th>Posologia e modalità e orario di assunzione del farmaco</th> <th>Durata del trattamento</th> <th>Classe SSN/ Nota AIFA *</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>* Nel caso di farmaci per cui l'AIFA ha posto delle limitazioni alla rimborsabilità è necessario indicare il numero della nota quando si intenda prescrivere il farmaco a carico del SSN. In caso contrario scrivere Classe C.</p> <p>9. Sono state fornite le seguenti indicazioni terapeutico-comportamentali, ivi compreso il tipo di attività fisica:</p> <p><input type="checkbox"/> alimentazione <input type="checkbox"/> attività fisica (compilare schema allegato n. 2) <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> ripresa attività sessuale</p> <p>Si consiglia la ripresa dell'attività lavorativa dopo _____ giorni.</p> <p>10. Programma di controllo (follow-up)</p> <p>Il paziente è atteso presso _____ il giorno _____ alle ore _____ per visita cardiologica di controllo post-dimissione (non è necessaria la prescrizione del medico curante).</p> <p>Per informazioni e/o chiarimenti contattare il Reparto _____ tel. _____.</p> <p>E' stata attivata la dimissione protetta si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-top: 20px;">Data _____ Timbro e Firma del Medico _____</p>	Principio Attivo	Posologia e modalità e orario di assunzione del farmaco	Durata del trattamento	Classe SSN/ Nota AIFA *																
Principio Attivo	Posologia e modalità e orario di assunzione del farmaco	Durata del trattamento	Classe SSN/ Nota AIFA *																		

L'adozione di una lettera di dimissione così concepita (riportata tra i documenti nella sezione "Allegati" del presente Report) consente l'individuazione dei pazienti che necessitano di essere indirizzati verso percorsi clinico-assistenziali particolari, da cui conseguono le scelte in materia di counselling e continuità

ospedale-territorio. Il gruppo di lavoro regionale ha, inoltre provveduto alla redazione di un documento sulla stratificazione del rischio, condiviso nell'ambito della Commissione Cardiologica Regionale, in merito ai criteri per la valutazione qualitativa del rischio cardiovascolare.

Capitolo II

Le azioni di supporto nelle Aziende Sanitarie

2.1 Il monitoraggio delle azioni nelle Aziende Sanitarie anno 2008

Al fine di verificare il processo di implementazione del progetto, si è ritenuto necessario avviare, nel 2008, un primo monitoraggio sulle azioni organizzative messe in campo nelle Aziende Sanitarie per la promozione e adozione della lettera di dimissione del paziente con evento cardiovascolare acuto (IMA/SCA), a garanzia della continuità assistenziale per i pazienti dopo un evento cardiovascolare acuto: infarto miocardico o sindrome coronarica.

Le informazioni raccolte hanno evidenziato che 14 Aziende sanitarie, pari al 87,5%, hanno costituito un gruppo di coordinamento interprofessionale e interdisciplinare, al fine di favorire l'implementazione, a livello locale, del

Progetto regionale e che in 13 Aziende sanitarie (81,3%) sono state attivate azioni per promuovere l'adozione della lettera di dimissione del paziente con IMA/SCA, per una più efficiente gestione del paziente dimesso dopo un evento 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, per difficoltà emerse a livello locale; infatti, nonostante le sollecitazioni e l'attività di supporto regionale, in diverse realtà territoriali non si è giunti ad una sostanziale condivisione dei percorsi assistenziali e pertanto l'integrazione ospedale-territorio non è risultata pienamente operativa.

2.2 Il monitoraggio delle azioni nelle Aziende Sanitarie anno 2009

Nell'anno 2009, per consolidare il Progetto regionale, sono stati individuati, tra gli ambiti strategici di intervento delle Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale (Delibera di Giunta Regionale n. 602/2009), obiettivi specifici nell'ambito della prevenzione cardiovascolare secondaria ed in particolare:

1. mettere a regime percorsi integrati e facilitati ospedale-territorio, attraverso una lettera di dimissione condivisa con le strutture ospedaliere e i Dipartimenti di Cure Primarie,
2. sperimentare, in alcune realtà, la prescrizione dell'attività fisica con indicazioni riguardanti la scelta del tipo di esercizio e le sue intensità.

E' inoltre proseguito, coerentemente con le indicazioni operative fornite con il Piano Regionale della Prevenzione, è proseguito il monitoraggio, nelle Aziende Sanitarie regionali, delle azioni intraprese per la prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari.

Le azioni previste riguardavano, a grandi linee:

A - le risorse destinate al progetto, quali l'individuazione di un referente aziendale;

B - le azioni organizzative intraprese al fine di garantire la continuità assistenziale per i pazienti dopo un evento cardiovascolare acuto (IMA/SCA);

C - la promozione e il monitoraggio di programmi di continuità assistenziale ospedale-territorio, anche attraverso l'uso della lettera di dimissione.

LE RISORSE DESTINATE AL PROGETTO

La rete regionale è stata attivata in tutte le Aziende Sanitarie anche attraverso l'individuazione di tavoli provinciali congiunti tra Aziende USL ed Ospedaliere, indicati come "Commissione" o "Gruppo interaziendale", al fine di integrare ed omogeneizzare comportamenti e procedure (tab. 1).

In particolare nelle Aziende USL di Parma e di Modena è presente una Commissione Cardiologica Provinciale, nell'Azienda USL di Ferrara una Commissione Rischio Cardiovascolare ed è attivo un Programma Funzionale Interaziendale di Cardiologica (PIC), nell'Azienda USL di Reggio Emilia un Programma Cardiologico Provinciale e, infine, nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna è attivo un Gruppo interaziendale del quale fanno parte l'Azienda USL di Bologna e medici di medicina generale.

Tabella 1 - I referenti aziendali del Gruppo di lavoro interprofessionale

Azienda Sanitaria		Esiste un gruppo aziendale di lavoro interprofessionale	Esiste un referente aziendale	Nominativo
USL	Piacenza	sì	sì	Enrico Sverzellati
USL	Parma	sì	sì	Mario De Blasi
OSP	<i>Parma</i>	sì	sì	Diego Ardissino
USL	Reggio Emilia	sì	sì	Umberto Guiducci (vice Sara Baruzzo)
OSP	<i>Reggio Emilia</i>	sì	sì	Massimo Pantaleoni
USL	Modena	sì	sì	Maria Luisa De Luca
OSP	<i>Modena</i>	sì	sì	Carlo Cappello
USL	Bologna	sì	sì	Manuela Colonna
OSP	<i>Bologna</i>	sì	sì	Claudio Rapezzi
USL	Imola	sì	sì	Roberto Leghissa
USL	Ferrara	sì	sì	Mauro Manfredini
OSP	<i>Ferrara</i>	sì	sì	Gabriele Guardigli
USL	Ravenna	sì	sì	Paolo Tarlazzi Massimo Margheri
USL	Forlì	sì	sì	Marcello Galvani
USL	Cesena	sì	sì	Pierluigi Pieri
USL	Rimini	sì	sì	Antonio Destro Angelo Masi

LE AZIONI ORGANIZZATIVE

Un ulteriore elemento di indagine conoscitiva del questionario è stato quello di entrare nel merito delle modalità organizzative (tab. 2) attraverso le quali i professionisti, coinvolti nella prevenzione del secondo evento cardiovascolare, hanno condiviso e trasmesso le informazioni sanitarie relative al paziente.

Il 100% delle Aziende Sanitarie ha definito delle modalità operative per lo scambio di informazioni tra medico ospedaliero e medico di medicina generale.

Il 94% delle Aziende Sanitarie utilizza la lettera di dimissione predisposta secondo le indicazioni regionali. Nell'Azienda USL di Piacenza viene utilizzata una di lettera di dimissione aziendale molto simile a quanto previsto dalle indicazioni

regionali, con condivisione tra ospedale e territorio; è comunque in corso una nuova progettualità che, anche attraverso la condivisione con i Coordinatori dei 13 Nuclei di Cure Primarie, consentirà l'adozione di una lettera di dimissione strutturata secondo il Progetto regionale.

In due Aziende Sanitarie sono presenti, oltre alla lettera di dimissione, percorsi specifici che strutturano l'integrazione professionale ospedale-territorio, ad esempio, nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, con la possibilità di una consulenza cardiologica ambulatoriale ad accesso diretto su richiesta motivata del medico di medicina generale.

Tabella 2 - Le modalità organizzative

Azienda Sanitaria		Esistono modalità definite e condivise per garantire lo scambio di informazioni rilevanti per il paziente, in particolare fra ospedale e MMG	se sì, viene utilizzata: la lettera di dimissione secondo le indicazioni regionali
USL	Piacenza	sì	*
USL	Parma	sì	sì
OSP	Parma	sì	sì
USL	Reggio Emilia	sì	sì
OSP	Reggio Emilia	sì	sì
USL	Modena	sì	**
OSP	Modena	sì	sì
USL	Bologna	sì	sì
OSP	Bologna	sì	sì
USL	Imola	sì	sì
USL	Ferrara	sì	sì
OSP	Ferrara	sì	sì
USL	Ravenna	sì	sì
USL	Forlì	sì	sì
USL	Cesena	sì	sì
USL	Rimini	sì	sì

Note:

* AUSL Piacenza: lettera di dimissione aziendale

** AUSL Modena: la lettera di dimissione prodotta dal gruppo è in corso l'implementazione con relativa verifica di compatibilità sul Sistema Informativo Ospedaliero

IL FOLLOW-UP PIANIFICATO

Il follow-up pianificato (sedi, tempi) ai pazienti dimessi dall'ospedale o seguiti ambulatorialmente, quando portatori di definite condizioni di rischio, è garantito in 15 Aziende Sanitarie su 16 (94%).

In una Azienda Sanitaria non è strutturato un percorso di dimissioni protette ma è prassi consolidata da parte del cardiologo contattare il medico di medicina generale prima della dimissione del paziente a maggior rischio.

Nelle Aziende Sanitarie in cui il follow-up è garantito (fig. 1 e tab. 3), si rileva che:

- ✚ le prime cure dopo la dimissione e i controlli ambulatoriali il paziente li riceve nel 100% delle Aziende Sanitarie,
- ✚ la verifica della compliance alla terapia nell'80%,
- ✚ il counselling nel 67%,
- ✚ la promozione di stili di vita sani nel 93%.

Figura 1 - Il follow-up

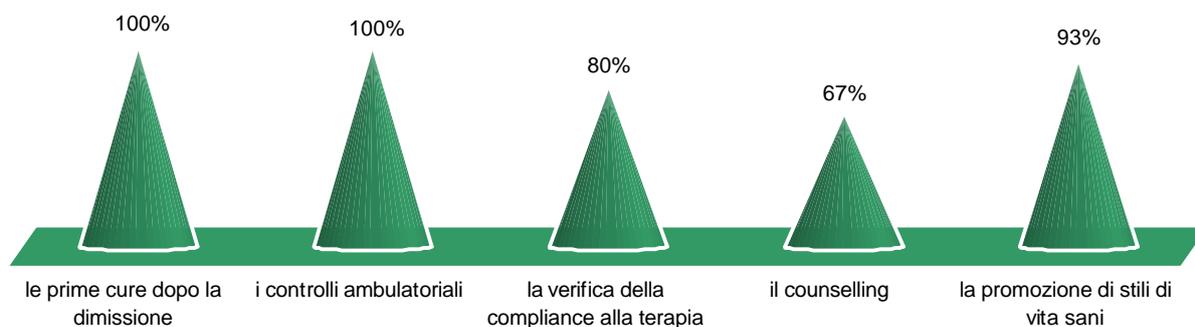


Tabella 3 - Il follow-up

Azienda Sanitaria		L'Azienda garantisce un follow-up pianificato (sedi, tempi) ai pazienti dimessi dall'ospedale o seguiti ambulatorialmente, quando portatori di definite condizioni di rischio	se sì, il follow-up comprende:				
			le prime cure dopo la dimissione	i controlli ambulatoriali	la verifica della compliance alla terapia	il counselling	la promozione di stili di vita sani
USL	Piacenza	sì	sì	sì	sì	no	sì
USL	Parma	no					
OSP	Parma	sì	sì	sì	sì	sì	sì
USL	Reggio Emilia	sì	no *	sì	sì **	sì	sì
OSP	Reggio Emilia	sì	sì	sì	sì	no	sì ***
USL	Modena	sì	sì	sì	no	no	sì
OSP	Modena	sì	sì	sì	sì	sì	sì
USL	Bologna	sì	sì	sì	sì	sì ****	sì
OSP	Bologna	sì	sì	sì	sì	sì	sì
USL	Imola	sì	sì	sì	sì	sì	no
USL	Ferrara	sì	sì	sì	no	no	sì
OSP	Ferrara	sì	sì	sì	sì	sì	sì
USL	Ravenna	sì	sì	sì	no	no	sì
USL	Forlì	sì	sì	sì	sì	sì	sì
USL	Cesena	sì	sì	sì	sì	sì	sì *****
USL	Rimini	sì	sì	sì	sì	sì	sì

Note:

- * AUSL Reggio Emilia: nel senso che non è strutturato un percorso di "dimissioni protette", anche se di solito il cardiologo chiama il MMG prima della dimissione per i pazienti a maggior rischio
- ** AUSL Reggio Emilia: durante i controlli ambulatoriali
- *** AOSP Reggio Emilia: viene inoltre consegnato un opuscolo ai pazienti con cardiopatia ischemica
- **** AUSL Bologna: è in corso un progetto per la formazione del personale delle cardiologie
- ***** AUSL Cesena: in occasione delle visite ambulatoriali

IL PERCORSO RIABILITATIVO

Un ulteriore elemento di approfondimento riguarda il percorso riabilitativo post-evento di cui le Aziende interrogate dichiarano di farsi carico nel 63% (10 Aziende Sanitarie su 16), per lo più presso strutture ospedaliere aziendali, a volte integrate da case di cura private accreditate. In alcuni casi la riabilitazione cardiologica viene destinata solo ai pazienti più

gravi, ad esempio: dopo intervento chirurgico, post-trapianto, post-IMA in situazioni complesse per l'età avanzata e in presenza di comorbidità. Solo 6 Aziende Sanitarie su 16 hanno indicato i professionisti coinvolti che riguardano, in tutti i casi, i cardiologi e, in alcuni casi, i fisiatristi, i terapisti della riabilitazione, i medici internisti, gli infermieri ed in un caso anche gli psicologi.

LA PROMOZIONE DI PROGRAMMI INTEGRATI OSPEDALE-TERRITORIO

Nella fig. 2 e nella tab. 4 sono riportate le Aziende Sanitarie che:

☼ promuovono e monitorano programmi di continuità assistenziale ospedale-territorio, anche attraverso l'uso della lettera di dimissione secondo le indicazioni

regionali (13 su 16),

☼ individuano percorsi clinici differenziati e condivisi cui avviare i pazienti in funzione della loro stratificazione di rischio (13 su 16),

☼ prevedono programmi per la prevenzione degli errori di terapia a domicilio (2 su 16).

Figura 2 - I programmi integrati

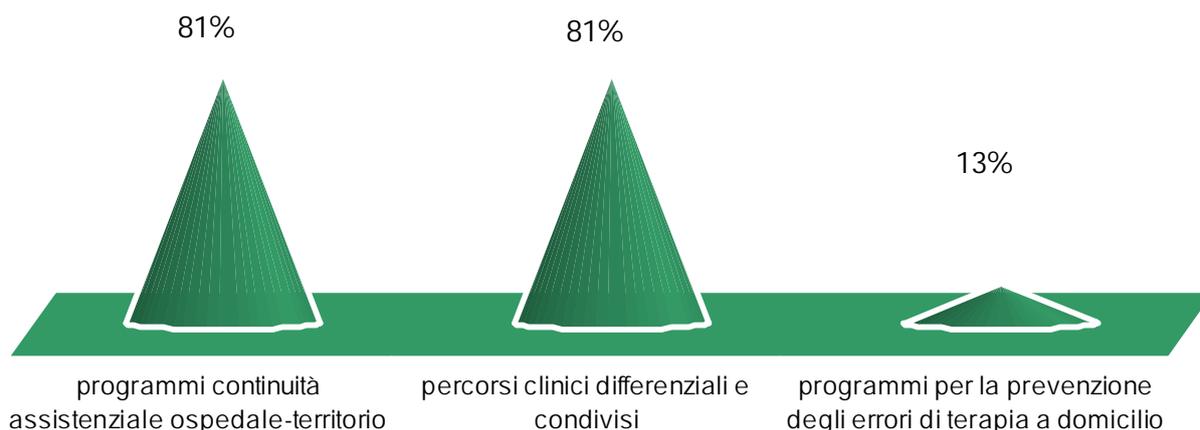


Tabella 4 - La promozione e il monitoraggio dei programmi integrati

Azienda Sanitaria		L'Azienda promuove e monitora:		
		programmi di continuità assistenziale ospedale-territorio, anche attraverso l'uso della lettera di dimissione secondo le indicazioni regionali	percorsi clinici differenziati e condivisi cui avviare i pazienti in funzione della loro stratificazione di rischio	programmi per la prevenzione degli errori di terapia a domicilio
USL	Piacenza	no	no	no
USL	Parma	sì	no	sì *
OSP	Parma	no	sì	no
USL	Reggio Emilia	sì	sì	no
OSP	Reggio Emilia	sì	sì	no
USL	Modena	sì	sì	no
OSP	Modena	sì	sì	no
USL	Bologna	sì	sì	no
OSP	Bologna	sì	sì	no
USL	Imola	no	no	no
USL	Ferrara	sì	sì	no
OSP	Ferrara	sì	sì	no
USL	Ravenna	sì	sì	no
USL	Forlì	sì	sì	sì
USL	Cesena	sì	sì	no
USL	Rimini	sì	sì	no

Note:

* AUSL Parma: Studio sulla accuratezza prescrittiva da parte dei NCP in caso di dimissione post-IMA (in collaborazione con la Jefferson University di Filadelfia)

CONCLUSIONI

Il lavoro fin qui svolto e le esperienze sviluppate hanno sicuramente evidenziato uno sforzo da parte di tutte le Aziende Sanitarie della regione nel ridefinire le modalità di cura a tali pazienti, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e consentire percorsi di continuità di cura, a livello organizzativo e professionale, per ricevere le risposte più appropriate al bisogno.

Sussistono comunque ancora criticità che rendono necessario proseguire sulla strada

avviata, per la messa a regime e la sistematicità dei percorsi ospedale-territorio.

Un aspetto importante da approfondire è, certamente, la definizione di follow-up dei pazienti diversificati sulla base della stratificazione del rischio cardiovascolare, con riferimento, in particolare, al primo anno dall'evento acuto, per verificarne l'adesione al trattamento e l'osservanza di un adeguato stile di vita.

Allegati

Servizio Presidi Ospedalieri

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Kyriakoula Petropulacos

Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale

Planificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eugenio Di Ruscio

TIPO ANNO NUMERO
Reg. PG 2007/1912/2
del 19/07/2007

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Responsabili dei Presidi Ospedalieri
delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna
degli Istituti Ortopedici Rizzoli
Ai Direttori di Distretto
Ai Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie
Ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica
delle Aziende USI della Regione Emilia-Romagna

LORO SEDI

Oggetto: Progetto per la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari (Piano regionale della Prevenzione). Indicazioni per le Aziende sanitarie.

Il Progetto per la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari si colloca nell'ambito delle scelte di politiche per la salute del Piano regionale della Prevenzione (DGR n. 426/2006).

La finalità generale del progetto è di diminuire l'incidenza degli accidenti cardiovascolari secondari attraverso:

- il miglioramento della continuità di cura fra ospedale e territorio;
- il miglioramento della qualità di cura del paziente e dell'appropriatezza degli interventi;
- la disseminazione della migliore pratica clinica;
- il miglioramento della comunicazione e delle relazioni fra operatori sanitari;
- l'agevolazione del confronto tra i professionisti per assicurare omogeneità e coerenza dei messaggi forniti;
- lo sviluppo delle attività counselling, per migliorare l'informazione fornita al paziente e dei care-givers, l'adozione e il mantenimento nel tempo di stili di vita favorevoli alla conservazione o al recupero della salute e l'adesione alla terapia.

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/6397319-20 Fax 051/6397062

e-mail: segdistrettisan@regione.emilia-romagna.it

a uso interno DP

ANNO	NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB
		Classif.	3474	600	70	70	10	Fasc.	2007	5

Tra gli obiettivi specifici rientra la definizione di percorsi integrati tra l'ospedale e il territorio (Obiettivo 2), in quanto uno dei problemi principali dopo la dimissione ospedaliera del paziente con evento cardiovascolare acuto è quello di assicurare al MMG che lo prende in carico un riferimento specialistico cardiologico, con modalità di contatto semplice, favorendo le relazioni tra i professionisti coinvolti nei vari livelli/percorsi assistenziali, al fine di facilitare, quanto più possibile, il cittadino nell'accesso all'assistenza sanitaria.

La definizione di percorsi integrati e facilitati tra l'ospedale e il territorio si articola in tre gruppi di azioni:

- A) lettera di dimissione del paziente con evento cardiovascolare acuto;
- B) la stratificazione del rischio cardiovascolare;
- C) il percorso del paziente dimesso dopo evento cardiovascolare acuto.

Per favorire il raggiungimento delle finalità definite nel sopraccitato Obiettivo 2 "definizione di percorsi integrati e facilitati ospedale-territorio" e per supportare l'implementazione e lo sviluppo del progetto nelle Aziende sanitarie, è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro regionale, a carattere multiprofessionale, con determina n. 3523 del 22 marzo 2007 che si allega (Doc. n. 1).

Nella prima fase operativa, il gruppo di lavoro ha predisposto il documento "contenuti standard della lettera di dimissione dopo infarto miocardico acuto (IMA) e sindrome coronarica acuta (SCA)", che è stato successivamente condiviso con le Direzioni Generali di tutte le Aziende sanitarie e oggetto di confronto nell'ambito della Commissione Cardiologica Regionale.

Il percorso seguito consente 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. Ovviamente potranno essere inseriti, in ambito aziendale, tutti gli elementi aggiuntivi ritenuti utili.

Il gruppo di lavoro regionale ha, inoltre provveduto alla redazione di un documento sulla stratificazione del rischio, che si allega (Documento n. 2), condiviso nell'ambito della Commissione Cardiologica Regionale, in merito ai criteri della valutazione del rischio cardiovascolare. L'applicabilità delle metodologie prospettate sarà oggetto di future ed ulteriori valutazioni.

In allegato alla presente si trasmette, pertanto, il Documento n. 3, che riporta nel dettaglio i contenuti da prevedere nella lettera di dimissione:

- la diagnosi di dimissione, il motivo del ricovero, la sintesi della storia clinica pregressa del paziente e della terapia farmacologica a domicilio, l'iter clinico, diagnostico e terapeutico (anche farmacologico) durante il ricovero (comprese le complicanze) e i riferimenti emato-chimici rilevanti;
- la stratificazione del rischio cardiovascolare (valutazione qualitativa), di cui al Documento n. 2. Le categorie determinanti il profilo di rischio cardiovascolare sono essenzialmente due: clinici, biomorali, comportamentali, identificati dopo l'evento e quelli direttamente correlati all'esito dell'evento, legati alla condizione clinica, considerato che si tratta di pazienti che hanno già avuto un episodio di IMA/SCA (ischemia residua, disfunzione ventricolare sinistra, instabilità elettrica);
- la terapia farmacologica prescritta alla dimissione, indicando il principio attivo, posologia, modalità, orario di assunzione del farmaco e durata del trattamento, l'appartenenza alla classe SSN (con precisazioni se trattasi di farmaci per cui l'AIFA ha posto limitazioni alla rimborsabilità);
- la documentazione da allegare (referti di determinati esami strumentali), se sono state fornite al paziente adeguate indicazioni terapeutico-comportamentali e per il programma di controllo post-dimissione (follow-up), la terapia non farmacologica prescritta in caso di training clinico strutturato, se è stata attivata la dimissione protetta.

Sono inoltre riportate le indicazioni sulla terapia farmacologica consegnata alla dimissione, in quanto l'adozione di un documento così strutturato di informazioni sulla terapia farmacologica, può consentire di ridurre significativamente i rischi nell'errore di terapia.

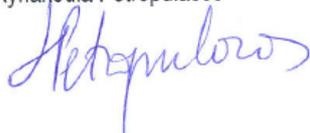
Il Gruppo ha inoltre condiviso l'utilità di fornire al paziente informazioni in merito ai comportamenti e allo stile di vita da seguire per ridurre il rischio di recidive. A tal fine risulta che le Aziende sanitarie abbiano in uso materiali educazionali con tale finalità e comunque si coglie l'occasione per informare codeste Aziende che è in corso la progettazione, a livello regionale, da parte di un apposito sottogruppo, di materiale educazionale per il paziente, nell'ambito delle strategie comunicative di prevenzione in merito al tema trattato, rispetto al quale saranno date comunicazioni successivamente.

Per favorire l'implementazione, a livello locale, del Progetto in oggetto, si ritiene utile che, in ambito aziendale, sia costituito un gruppo di coordinamento interprofessionale (area ospedaliera, cure primarie, sanità pubblica) e interdisciplinare, con il coinvolgimento delle diverse professionalità: specialisti cardiologi, Medici di Medicina Generale, infermieri, farmacisti.

Per eventuali chiarimenti si chiede di far riferimento alla Dr.ssa Clara Curcetti; in qualità di Referente del Progetto regionale (e.mail: ccurcetti@regione.emilia-romagna.it).

Distinti saluti.

Kyriakoula Petropulacos



Eugenio Di Ruscio



REGIONE EMILIA ROMAGNA - GIUNTA REGIONALE
DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI

DETERMINAZIONE N.003523

BOLOGNA 22/03/2007

OGGETTO: COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO REGIONALE - PREVENZIONE DELLE
RECIDIVE DEGLI ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI, OBIETTIVO 2: 'DEFI
NIZIONE DI PERCORSI INTEGRATI E FACILITATI OSPEDALE-TERRITOR
IO'.

Prot. n. (BAS/07/53332)

IL DIRETTORE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI

Richiamato il Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna di cui alle deliberazioni di Giunta regionale n. 1012 del 27 giugno 2005 e n. 426 del 27 marzo 2006, alla cui elaborazione hanno contribuito diversi professionisti, con una modalità di lavoro interdisciplinare;

Considerato che:

- il suddetto Piano si articola in diversi progetti tra i quali: "Prevenzione delle recidive nei soggetti cha già hanno avuto accidenti cardiovascolari" di cui all'allegato alla citata delibera di Giunta regionale n. 426/06 e in particolare l'Obiettivo 2 "Definizione di percorsi integrati e facilitati ospedale-territorio";
- al punto "Coordinamento del Piano" è prevista la costituzione di un gruppo di lavoro per raggiungere, tra l'altro, le finalità definite nell'Obiettivo 2;

Ritenuto opportuno che tale Gruppo sia composto da professionisti che operano nell'ambito delle Aziende Sanitarie (medici di medicina generale, medici cardiologi ospedalieri e territoriali, infermieri) e dei Servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali;

Acquisite agli atti del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari le autorizzazioni a far parte del gruppo di lavoro da parte delle amministrazioni di appartenenza;

Richiamato l'art. 40, comma 1 lettera m) della L.R. n. 43/2001 e successive modificazioni che attribuisce al Direttore Generale la competenza alla costituzione di temporanei gruppi di lavoro e il punto 2.2.1 delle deliberazione di Giunta regionale n. 447/2003 e successive modificazioni;

Attestata la regolarità amministrativa ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n. 447/2003 e successive modificazioni;

D E T E R M I N A

- 1) di costituire, per le motivazioni in premessa esposte, un Gruppo di lavoro multiprofessionale (medici di medicina generale, medici cardiologi ospedalieri e territoriali, infermieri) al fine di favorire il raggiungimento delle finalità definite nell'Obiettivo 2 "Definizione di percorsi integrati e facilitati ospedale-territorio" di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 426/2006 e per supportare l'implementazione e lo sviluppo del progetto nelle Aziende sanitarie;
- 2) di stabilire che il Gruppo di lavoro:
 - è coordinato dalla dott.ssa Kyriakoula Petropulacos, Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri;
 - ha quale referente di progetto la dott.ssa Clara Curcetti, Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari,
 - è composto da:
 - W Paola Angelini, Servizio Sanità pubblica - Regione Emilia-Romagna,
 - W Luigi Bagnoli, Medico di medicina generale - AUSL di Bologna,
 - W Clara Curcetti, Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia-Romagna,
 - W Giuseppe Di Pasquale, AUSL di Bologna,
 - W Salvatore Ferro, Servizio Presidi ospedalieri - Regione Emilia-Romagna,
 - W Fabia Franchi, AUSL di Bologna,
 - W Umberto Guiducci, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia,

- W Mara Morini, Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia-Romagna,
- W Leo Orselli, Medico specialista ambulatoriale - AUSL di Bologna,
- W Luisa Parisini, Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia-Romagna,
- W Guido Poggiopollini, Servizio Sanità pubblica - Regione Emilia-Romagna,
- W Ester Sapigni, Servizio Politica del farmaco - Regione Emilia-Romagna,
- W Maria Rolfini, Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia-Romagna,
- W Mario Stella, Medico di medicina generale - AUSL di Bologna;
- 3) di definire che il Gruppo di lavoro concluderà i lavori il 31 dicembre 2008;
- 4) di stabilire che le funzioni di supporto amministrativo ed organizzativo vengono assicurate da Luisa Parisini, Servizio Assistenza distrettuale, Medicina generale, Pianificazione e Sviluppo dei servizi sanitari - Regione Emilia-Romagna;
- 5) di dare atto che a seguito della costituzione del sopracitato Gruppo di lavoro, nessun onere graverà sul bilancio regionale.

Leonida Grisendi

DETERMINAZIONE N.003523/2007

omissis



STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE DOPO INFARTO MIOCARDICO

Il profilo di rischio cardiovascolare dopo infarto miocardico è estremamente variabile da paziente a paziente. E' pertanto importante che al momento della dimissione dopo infarto miocardico acuto (IMA) o sindrome coronarica acuta (SCA) venga attuata una stratificazione accurata del rischio cardiovascolare.

La trasmissione di questa informazione è fondamentale per il Medico di Medicina Generale (MMG) al quale il paziente infartuato viene riaffidato e per lo specialista cardiologo ambulatoriale dell'Ospedale o del Territorio che eseguirà la visita di controllo ad un mese dall'infarto (o anche prima) e secondo le cadenze che verranno pianificate in base al quadro clinico.

Nella maggioranza dei pazienti infartuati un' accurata stratificazione del rischio cardiovascolare può essere attuata al momento della dimissione. In alcuni pazienti una completa stratificazione del rischio può essere attuata solo in occasione del controllo ad un mese dall'infarto attraverso l'esecuzione di test non invasivi non eseguiti durante il ricovero (es. test da sforzo).

Carta del rischio GISSI

Esiste uno strumento di valutazione del rischio cardiovascolare che include tutti i fattori prognostici: è la carta del rischio GISSI. E' stata costruita da un data-base nazionale di circa 12.000 postinfartuati arruolati in un ampio studio controllato di popolazione, condotto da ANMCO e Istituto Mario Negri.

La carta GISSI è stata presentata alla comunità scientifica internazionale con la descrizione del metodo di analisi dei dati e di validazione (Marchioli et al, Eur Heart J 2001; 22: 2085-2103). La presentazione alla comunità scientifica nazionale è avvenuta attraverso l'articolo di Marchioli et al, Giornale Italiano di Cardiologia 1998; 28: 416-433.

Si tratta di un sistema a punteggio ricavato da una quantificazione dell'ischemia, dalle eventuali aritmie che, assieme alla presenza di fattori di rischio "classici" e alla misurazione del fibrinogeno e dei leucociti nonché alla presenza di claudicatio, consente una predizione percentuale del rischio a 4 anni.

La carta, recepita dal Ministero della Sanità, potrebbe essere compilata alla dimissione ospedaliera (o al primo controllo) del paziente post infartuato consentendo una valutazione individuale quantitativa del rischio cardiovascolare, facilmente trasmissibile al MMG che, dotato dello stesso strumento, potrebbe valutare nel tempo eventuali variazioni del livello di rischio e trarne le conseguenze terapeutiche appropriate.

In alternativa a questa valutazione quantitativa del rischio, può essere utilizzata una valutazione del rischio di tipo qualitativo le cui variabili sono state validate nel processo di sviluppo della carta GISSI e che dovrebbero comparire nella lettera di dimissione.

Valutazione del rischio qualitativa

Le categorie determinanti il profilo di rischio cardiovascolare nel paziente dimesso dopo IMA/SCA sono fondamentalmente due:

- 1) **Fattori di rischio convenzionali "classici"** (clinici, biumorali, comportamentali) posseduti dal paziente:
 - a) fattori di rischio non modificabili
 - Età
 - sesso

b) fattori di rischio cardiovascolari

- fumo
- ipertensione
- colesterolo
- trigliceridi
- diabete
- obesità
- claudicatio intermittens
- FC

2) **Fattori di rischio cardiaci direttamente correlati agli esiti dell'infarto ed all'entità ed estensione della coronaropatia.**

- a) ischemia miocardica (correlata alla coronaropatia)
b) disfunzione ventricolare sinistra (correlata alle dimensioni dell'infarto ed alle condizioni preesistenti del ventricolo sinistro)
c) aritmie che possono esporre il paziente a rischio di morte improvvisa aritmica

SPECIFICHE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI FATTORI:

ISCHEMIA RESIDUA DEFINITA IN BASE ALLA PRESENZA DI

Ü **angina pectoris** residua postIMA

Ü **positività solo strumentale a basso carico al test ergometrico**

(Nei pazienti asintomatici nei quali venga eseguito un test da sforzo (pre-dimissione o ad un mese) la positività per sottoslivellamento di ST, in assenza di angina, ha un peso prognostico significativo solo quando è presente ad un carico di lavoro sottomassimale (odds ratio 1.43 all'analisi multivariata nella carta del rischio GISSI). Scarso è invece il significato prognostico di un test da sforzo positivo massimale).

Ü **Nei paz. che hanno eseguito CNG e/o PTCA va valutata la presenza o assenza di lesioni critiche di altri rami coronarici oltre al vaso colpevole dell'evento acuto**

Oggi una quota significativa di pazienti con IMA o SCA viene sottoposta a coronarografia in fase acuta o predimissione. In questo caso gli elementi da valutare ai fini prognostici sono il numero di vasi coronarici malati (vaso responsabile dell'infarto con altri vasi coronarici indenni vs presenza di lesione del vaso "colpevole" dell'infarto e concomitante malattia di altri rami coronarici).

Altro elemento da valutare favorevolmente ai fini prognostici è l'attuazione o meno di una rivascolarizzazione coronarica mediante angioplastica coronarica o bypass aortocoronarico.

DISFUNZIONE VENTRICOLARE

Ü **Valutazione della frazione d'eiezione**

La funzione ventricolare sinistra deve essere valutata in tutti i pazienti prima della dimissione mediante ecocardiografia ed espressa in termini quantitativi (frazione di eiezione - FE). Il cut-off prognostico discriminante è costituito da un valore di FE = 40% (odds ratio 1.87 nella carta del rischio GISSI). I pazienti a rischio sono quelli con FE < 40%. Il rischio è particolarmente elevato nei pazienti infartuati con FE < 30% nei quali è da valutare a distanza di un mese dall'infarto l'indicazione ad impianto di AICD (prevenzione primaria della morte improvvisa aritmica).

ARITMIE

Ü **Presenza di aritmie ventricolari complesse**

La presenza di aritmie ventricolari significative (battiti ectopici ventricolari frequenti o ripetitivi, tachicardia ventricolare non sostenuta) al di fuori della fase acuta dell'infarto sono espressione di instabilità elettrica e condizionano un rischio aumentato (odds ratio 1.28 nella carta del rischio GISSI). Il rischio risulta particolarmente aumentato in presenza di disfunzione ventricolare sinistra.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

AZIENDA OSPEDALIERA/USL DI _____
PRESIDIO OSPEDALIERO _____
DATI DELLA STRUTTURA _____

CONTENUTI STANDARD DELLA LETTERA DI DIMISSIONE (dopo IMA/SCA)

Egregio Collega, Medico curante del/la sig./sig.ra _____ nato/a il __/__/____
Relazione clinica relativa al ricovero dal _____ al _____, cartella clinica n. _____.

1. Diagnosi di dimissione:

2. Motivo del ricovero:

3. Sintesi della storia clinica pregressa e della terapia farmacologica al domicilio:

4. Iter clinico, diagnostico e terapeutico (anche farmacologico) durante il ricovero (comprese: le complicanze) e riferimenti emato-chimici rilevanti:

5. Stratificazione del rischio alla dimissione (valutazione qualitativa):

5a. Fattori di rischio cardiovascolari identificati dopo l'evento:

fumo _____
sedentarietà _____
diabete _____
dislipidemia: Colesterolo totale _____; HDL _____; LDL _____
ipertensione _____
peso corporeo alla dimissione e BMI _____

5b. Fattori di rischio cardiaci correlati all'esito dell'evento:

Ischemia residua _____
Disfunzione ventricolare sinistra _____
Instabilità elettrica _____

6. Comorbilità

7. Si allegano i referti dei seguenti esami strumentali:

ECG pre-dimissione
Coronarografia, altre procedure invasive

8. Terapia farmacologica prescritta alla dimissione

Principio Attivo	Posologia e modalità e orario di assunzione del farmaco	Durata del trattamento	Classe SSN/ Nota AIFA *

* Nel caso di farmaci per cui l'AIFA ha posto delle limitazioni alla rimborsabilità è necessario indicare il numero della nota quando si intenda prescrivere il farmaco a carico del SSN. In caso contrario scrivere Classe C.

9. Sono state fornite le seguenti indicazioni terapeutico-comportamentali, ivi compreso il tipo di attività fisica:

- alimentazione
- attività fisica (compilare schema allegato n. 2)
- fumo
- ripresa attività sessuale

Si consiglia la ripresa dell'attività lavorativa dopo _____ giorni.

10. Programma di controllo (follow-up)

Il paziente è atteso presso _____ il giorno _____ alle ore _____ per visita cardiologica di controllo post-dimissione (non è necessaria la prescrizione del medico curante).

Per informazioni e/o chiarimenti contattare il Reparto _____ tel. _____.

E' stata attivata la dimissione protetta sì no

Data _____

Timbro e Firma del Medico

Copia per il paziente
Copia per il Medico

Terapia farmacologica consegnata alla dimissione

Principio Attivo	Nome commerciale	n° unità posologiche consegnate

Data _____

Nome, Cognome leggibili e
Firma di chi consegna

Allegato n. 1

INFORMAZIONI UTILI PER IL PAZIENTE

Si allega materiale educativo.

Per orari e modalità di ritiro dei farmaci presso la farmacia interna consultare apposito foglio informativo disponibile presso la guardiola del/della caposala.

Si raccomanda di contattare al più presto il proprio Medico di medicina generale per informarlo della terapia prescritta al fine di integrare la prescrizione dei farmaci non consegnati in dimissione.

Allegato n. 2

Terapia non farmacologica prescritta all'atto delle dimissioni in caso di training clinico strutturato

Premessa

Nella prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari e in particolare nella cardiopatia ischemica, sono numerose le evidenze secondo le quali un regime di training fisico corretto, adattato per tempi e modi alla gravità e alla natura della patologia di base, permette di migliorare con rischi estremamente contenuti la tolleranza agli sforzi consentendo di correggere il profilo metabolico con particolare riferimento alle condizioni dislipidemiche, concorrendo al recupero di un normale assetto neuro vegetativo ed esplicando una serie di effetti positivi, comprendenti un miglioramento della soglia ischemica, limitazione del rimodellamento ventricolare post infartuale, contenimento della progressione della malattia aterosclerotica.

Per chi deve prescrivere l'attività fisica in questi pazienti devono essere noti i meccanismi fisiologici alla base degli effetti positivi dell'allenamento sull'apparato cardiocircolatorio ischemico. In questo tipo di paziente già in condizioni basali sono presenti regimi pressori intraventricolari aumentati e conseguentemente elevati stress di parete.

Pertanto la stadiazione del paziente permette la definizione di un piano di allenamento la cui frequenza, intensità e durata va definita all'atto della dimissione con precisa documentazione da rilasciare al paziente stesso e al medico curante.

Attività fisica

Tipo di attività fisica	Intensità e progressione dell'attività fisica		Durata	Sedute settimanali
	Inizio	Definitiva		
Camminare in piano	Km/h _____ Frequenza Cardiacca _____			
Bici in piano				
Altre attività				
L'attività va iniziata con una fase di riscaldamento di almeno 5 minuti e va terminata con una fase di defaticamento di almeno 5 minuti. Altre attività non prescritte vanno concordate con il cardiologo o il medico di medicina generale.				
La frequenza cardiaca può essere rilevata con apposito strumento chiamato "frequenzimetro".				
In casi opportunamente selezionati l'attività fisica può essere svolta anche in palestra o divenire di tipo sportivo.				

2. Il monitoraggio: anno 2008



Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale,

Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eugenio Di Ruscio

TIPO ANNO NUMERO
Reg. PG | 2008 | 27550
del 29 GEN 2008

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori di Distretto
delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna

e, p.c. Ai Componenti del Gruppo di Progetto: "Prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari" – Obiettivo 2 "Definizione di percorsi integrati e facilitati ospedale-territorio"

LORO SEDI

Oggetto: Implementazione del progetto per la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari (Piano regionale della Prevenzione).

Con nota prot. PG/2007/191242 del 19 luglio 2007, sono state fornite indicazioni alle Aziende Sanitarie sulle finalità e sulle prime azioni da mettere in atto in codeste Aziende Sanitarie, relative alla prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari (IMA/SCA).

Al fine di verificare il processo di implementazione del progetto, si chiede ai Direttori Sanitari di codeste Aziende Sanitarie, di inviare **entro il 29 febbraio 2008** allo scrivente Servizio, all'attenzione di Luisa Parisini, informazioni in merito:

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21

Tel. 051/6397319-20 Fax 051/6397062

e-mail: segdistrettisan@regione.emilia-romagna.it

a uso interno		DP	ANNO	NUMERO	Classif.	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	Fasc.	ANNO	NUMERO	SUB
						3441	600	070	020	020			2008	2	

C.C.

- alla costituzione del gruppo aziendale di coordinamento interprofessionale (area ospedaliera, cure primarie, sanità pubblica) e interdisciplinare, specificando la composizione e il profilo professionale dei componenti,
- a quali azioni sono state messe in campo per la promozione e adozione della lettera di dimissione del paziente con evento cardiovascolare acuto (IMA/SCA).

Tra gli obiettivi del progetto rientra la definizione di percorsi integrati tra l'ospedale e il territorio, che rappresenta un'ulteriore fase di sviluppo a livello regionale. A tal proposito si chiede di conoscere se sono già state attivate esperienze relative a percorsi di presa in carico e continuità delle cure ospedale-territorio del paziente IMA. In caso positivo, si invita a trasmettere il dettaglio dei progetti già attivati.

Si chiede, infine, a codeste Aziende di individuare un referente aziendale per l'implementazione del Progetto per la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari, e di comunicarlo allo scrivente Servizio all'attenzione di Luisa Parisini, entro il 29 febbraio 2008, ciò al fine di creare una rete regionale di referenti aziendali.

Distinti saluti.

Eugenio Di Ruscio


Servizio Sanità Pubblica*Il Dirigente Responsabile del Servizio***Pierluigi Macini****Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari***Il Dirigente Responsabile del Servizio***Antonio Brambilla**

TIPO ANNO NUMERO
Reg. PG / 2009 / 120138
del 26 / 05 / 2009

CC/LP

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori di Distretto
Ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità pubblica
Ai Direttori dei Dipartimenti delle Cure primarie
delle Aziende USL
LORO SEDI

Oggetto: Progetto regionale per la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari (Piano Regionale della Prevenzione).

Coerentemente con le indicazioni operative fornite dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nell'anno 2009 occorre consolidare i programmi/progetti aziendali volti a prevenire le recidive nei soggetti che già hanno avuto incidenti cardiovascolari, nell'ambito delle scelte di politiche per la salute del Piano Regionale della Prevenzione.

Il Progetto regionale intende diminuire l'incidenza degli incidenti cardiovascolari (IMA/SCA), anche attraverso il miglioramento della continuità di cura tra ospedale e territorio e della relazione tra operatori sanitari, e, a tal fine, nel 2007 (nota prot. n. 191242) è stato trasmesso alle Aziende Sanitarie un Documento con i contenuti standard da prevedere nella lettera di dimissione, prioritariamente nelle unità operative di cardiologia, predisposto da uno specifico gruppo di lavoro regionale, a carattere multi professionale e multidisciplinare.

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/5277319-20 Fax 051/5277062

e-mail: segdistrettisan@regione.emilia-romagna.it

ANNO		NUMERO		INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB	
a uso interno	DP			Classif.	3441	600	70	20	20	Fasc.	2009	2	

Per consolidare il Progetto regionale sono stati individuati, tra gli ambiti di intervento delle Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2009 (DGR n. 602/09), obiettivi specifici nell'ambito della prevenzione cardiovascolare secondaria ed in particolare:

1. mettere a regime percorsi integrati e facilitati ospedale-territorio, attraverso una lettera di dimissione condivisa con le strutture ospedaliere e i Dipartimenti di cure primarie;
2. sperimentare, in alcune realtà, la prescrizione dell'attività fisica con indicazioni riguardanti la scelta del tipo di esercizio e le sue intensità.

Tenuto conto di quanto sopra evidenziato, si ritiene necessario monitorare le azioni organizzative messe in campo nelle Aziende Sanitarie riferite al primo obiettivo, a garanzia della continuità assistenziale per i pazienti dopo un evento cardiovascolare acuto: infarto miocardico o sindrome coronarica.

A tal fine si chiede a codeste Aziende di inviare le informazioni contenute nel documento allegato e di trasmettere quanto richiesto all'attenzione della dott.ssa Clara Curcetti, entro il 30 giugno.

Pierluigi Macini



Antonio Brambilla



Allegato n. 1

**Prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno avuto incidenti cardiovascolari (IMA/SCA).
Monitoraggio processo di implementazione del progetto nelle Aziende sanitarie.
- Anno 2009 -**

A) Risorse Dedicare

1. Esiste un gruppo aziendale di lavoro interprofessionale?

- Si
- No

2. Esiste un referente aziendale?

- Si
- No

2.1 Se si, indicare

→ **Nominativo**

.....

→ **E-mail**

.....

→ **N° di telefono**

.....

B) Azioni organizzative aziendali a garanzia della continuità assistenziale per i pazienti dopo un evento cardiovascolare acuto (infarto miocardico acuto/sindrome coronarica acuta)

1. Esistono modalità definite e condivise per garantire lo scambio di informazioni rilevanti per il paziente, in particolare fra ospedale e MMG?

- Si
- No

1.1 Se si, viene utilizzata:

1.1.1 la lettera di dimissione secondo le indicazioni regionali?

- Si
- No

1.1.2 altra modalità (specificare)?

.....
.....
.....

2. L'Azienda garantisce un follow-up pianificato (sedi, tempi) ai pazienti dimessi dall'ospedale o seguiti ambulatorialmente, quando portatori di definite condizioni di rischio?

- **Si**
- **No**

2.1 Se si, il follow-up comprende:

2.1.1 le prime cure dopo la dimissione?

- **Si**
- **No**

2.1.2 i controlli ambulatoriali?

- **Si**
- **No**

2.1.3 la verifica della compliance alla terapia?

- **Si**
- **No**

2.1.4 il counselling?

- **Si**
- **No**

2.1.5 la promozione di stili di vita sani?

- **Si**
- **No**

3. L'Azienda si fa carico di un percorso riabilitativo?

- **Si**
- **No**

3.1 Se si, indicare:

3.1.1 Le strutture sanitarie coinvolte

.....
.....
.....

3.1.2 I professionisti coinvolti

.....
.....
.....

4. L'azienda promuove e monitora:

4.1 programmi di continuità assistenziale ospedale-territorio, anche attraverso l'uso della lettera di dimissione secondo le indicazioni regionali?

- **Si**
- **No**

4.2 percorsi clinici differenziati e condivisi cui avviare i pazienti in funzione della loro stratificazione di rischio?

- **Si**
- **No**

4.3 programmi per la prevenzione degli errori di terapia a domicilio?

- **Si**
- **No**