



DOCUMENTO DI SINTESI

CONGRESSO “GESTIONE CLINICA DELLA SINDROME CORONARICA ACUTA IN REGIONE LOMBARDIA”

Milano, 7 Maggio 2019

Palazzo Pirelli, via Fabio Filzi, 22, Sala Pirelli

L'evento è stato promosso da **Motore Sanità** con il patrocinio della **Regione Lombardia**, **GISE** e **Conferenza delle Regioni e delle Province autonome** con il supporto non condizionato di **Sanofi**

Il convegno si prefiggeva due chiari obiettivi: fare il punto della situazione in Lombardia per quanto riguarda il trattamento dei pazienti con SCA. Secondo obiettivo dell'evento era di mettere a confronto gli esponenti del SSR con le istituzioni per creare un percorso condiviso di miglioramento nell'approccio alla Sindrome Coronarica Acuta.

-IL PERCORSO DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO-

La SCA e tutte le gravi conseguenze che può comportare, non può essere curata da un singolo specialista, ma necessita di un percorso medico che coinvolga diverse componenti del sistema sanitario. L'approccio in Lombardia parte già con il primo intervento del 118/112 prosegue in pronto soccorso e con il successivo ricovero e la riabilitazione post-evento e si conclude con il follow-up gestito dal medico di medicina generale.

-SCA: REAL WORLD DATA IN LOMBARDIA -

La mortalità ospedaliera dei pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta (SCA) si è progressivamente ridotta negli ultimi 10 anni in Lombardia passando da 1.150 decessi nel 2009 (6.5% dei ricoverati in emergenza-urgenza) a meno di 1,000 negli anni più recenti (5.2%). Il margine per la riduzione degli esiti CV rilevanti dopo la dimissione, tuttavia, è ancora notevole. Infatti, sebbene dall'80 al 90% dei pazienti inizia il trattamento farmacologico con β -bloccanti, anti-aggreganti e statine entro un anno dopo la dimissione, queste terapie sono frequentemente abbandonate nel tempo. Ad esempio, dopo 3 anni dalla dimissione per SCA il 50% dei pazienti ha sperimentato almeno un episodio di discontinuità terapeutica con anti-aggreganti. Inoltre, entro un anno dopo la dimissione, meno un insufficiente percentuale di pazienti sperimenta almeno una visita cardiologica (68%), viene sottoposto ad elettrocardiogramma di controllo (77%) e/o viene controllato per profilo lipidico (81%) e/o creatininemia (13%). Dai dati disponibili inoltre, opportunamente analizzati mediante tecniche tese a superare il confondimento intrinseco alla natura osservazionale degli studi di questo tipo, emerge che i pazienti che iniziano il trattamento con β -bloccanti, anti-aggreganti e statine entro un anno dopo la dimissione hanno un ridotto rischio di ricoveri CV successivi rispettivamente del 13%, 4% e 10%. Infine, sebbene la riabilitazione CV in regime di degenza sia sperimentata da poco più del 20% dei pazienti ricoverati per SCA entro due mesi dalla dimissione, essa gioca un ruolo rilevante nella prevenzione secondaria degli esiti, visto che i pazienti ad essa sottoposti sono caratterizzati da un ridotto rischio di ricoveri CV successivi del 29%. Ci si aspetta dunque che il «valore» del monitoraggio dell'aderenza alle cure del paziente preso in carico sia considerevole.

-IL SOCCORSO PRE OSPEDALIERO-

In Lombardia il primo approccio con il paziente è in gran parte gestito dall'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU). Questa AR, che centralizza la gestione della filiera del pronto soccorso in Lombardia, in grado di indirizzare in base alla gravità dell'evento i mezzi di soccorso più adatti. Infatti il sistema AREU suddivide i mezzi di soccorso in quattro categorie:

- **MSB:** Mezzo di Soccorso di Base, con a bordo un Autista/soccorritore e uno o due soccorritori
- **MSA1:** Mezzo di Soccorso Avanzato di 1° livello, con a bordo Autista/soccorritore, Soccorritore e Infermiere
- **MSA2:** Mezzo di Soccorso Avanzato di 2° livello, con a bordo Autista/soccorritore, Medico e Infermiere
- **ELI** (= MSA2 più trasporto e centralizzazione): Elisoccorso, con a bordo Crew Aeronautica, Medico, Infermiere, Tecnico del Soccorso Alpino

Un approccio in grado di assicurare la migliore terapia di supporto per lo SCA e riperfusiva immediata per lo STEMI fin dal territorio e avviare rapidamente i casi eclatanti all'Hub Medico/Chirurgico (A.Ao.). Nel corso di questa sessione sono stati anche presentati i dati 2018 per quanto riguarda i pazienti colpiti da SCA. Nel corso del 2018 da AREU sono stati eseguiti durante il soccorso ben 78.425 Elettrocardiogrammi con il rilievo di 1.833 Infarti Gravi (STEMI) e di 41.220 eventi riferibili alla Sindrome sopraccitata. Il dato più importante rimane però quello che riguarda il tempo di ospedalizzazione mirata dalla chiamata del cittadino che risulta inferiore di oltre 10 min. a quanto

richiesto per l'eccellenza dalla Società Europea di Cardiologia. Tutto ciò con dei costi medi al SSR per intervento del 118 (169 Euro) inferiore a qualsiasi altro paese occidentale.

-LA FASE OSPEDALIERA-

Per il corretto trattamento dei pazienti affetti da SCA è necessario che dopo il primo soccorso, in maniera coordinata, inizi la presa in carico da parte delle strutture Ospedaliere che parta con il personale del pronto soccorso e prosegue con i clinici che prendono in carico il paziente. Durante questo intervento gli esperti hanno discusso sulle attuali pratiche mediche scelte in Regione Lombardia.

Il trattamento intraospedaliero di prima scelta dell'infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è sicuramente l'angioplastica coronarica primaria, che, se erogata entro i 90 minuti dalla diagnosi, consente di ridurre significativamente la mortalità per infarto miocardico acuto. Questa procedura negli ultimi anni si è sviluppata estensivamente su tutto il territorio nazionale ed in modo particolare in Regione Lombardia, in cui l'adozione dell'angioplastica primaria avviene in oltre l'80% dei pazienti con STEMI, percentuale più elevata rispetto alla media nazionale. La capillarizzazione dei Centri con Emodinamica in Lombardia, pur con alcune problematiche correlate ai volumi di attività, ha determinato ottime performances in termini di tempi alla ripercussione coronarica dei pazienti che si riflettono positivamente sull'outcome clinico. Rimangono ancora delle problematiche legate alle modalità di accesso ospedaliero dei pazienti in quanto sia in Italia che negli altri Paesi, con una percentuale di autopresentazione ai Pronto Soccorsi che si attesta al 50% circa e che non sembra ridursi nonostante la diffusione di specifiche campagne educazionali della popolazione.

LA FASE DELLA RIABILITAZIONE-

La Cardiologia Preventiva e Riabilitativa (CPR), attraverso un intervento multidisciplinare migliora sia la qualità della vita che la prognosi nel cardiopatico e nel paziente con recente sindrome coronarica, in particolare. Nonostante la sua storia pluridecennale e le solide evidenze scientifiche, la CPR non è ancora pienamente valorizzata all'interno del panorama cardiologico. La ancora non ottimale "referral rate" dei pazienti cardiopatici ai programmi di CPR costituisce rappresenta una delle cause della non adeguata aderenza alla terapia medica ottimizzata dei pazienti cardiopatici.

-LA GESTIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON CARDIOPATIA ISCHEMICA -

Il trattamento del paziente non si ferma al trattamento del singolo "evento" ma deve proseguire, in molti casi, per tutta la vita. Questa presa in carico viene svolta dagli MMG. Come sottolineato dagli esperti durante questo intervento le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi in Italia uno dei più importanti problemi di salute pubblica: esse sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Chi sopravvive ad una forma acuta diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sui costi economici e sociali. La prevalenza della cardiopatia ischemica cronica nella popolazione è in progressivo aumento per una serie di motivi: l'aumento dell'età media della popolazione; il declino di mortalità per eventi coronarici acuti; l'incremento di alcuni fattori di rischio quali il diabete; il miglioramento della diagnostica strumentale. La medicina generale si occupa degli obiettivi di cura del

paziente con cardiopatia ischemica cronica dopo la dimissione ospedaliera. Tali compiti sono in particolare due: ridurre il rischio di nuovi eventi (prevenzione secondaria) attraverso l'adozione di uno stile di vita corretto e l'aderenza sia al percorso di cura che alla terapia farmacologica. Pertanto inquadra il soggetto non solo per la cardiopatia ischemica ma anche per tutte le altre copatologie presenti e redige un Pai personalizzato.

-LA GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE CON SCA IN LOMBARDIA -

Questo intervento è stato strutturato come una tavola rotonda, dove esperti di SCA ed esponenti del mondo politico hanno potuto dialogare sottolineando punti di forza e punti deboli del sistema lombardo, sia dal punto di vista medico che dal punto di vista legislativo.

-CONCLUSIONI-

Il trattamento dei pazienti affetti da SCA in Lombardia è tra i più avanzati d'Italia sotto molti aspetti. Nonostante questo gli esperti del SSR lavorano giorno dopo giorno per migliorare l'offerta al paziente, incrementando la cooperazione tra i singoli comparti per creare un percorso di cura che vada oltre le logiche di reparto e addirittura oltre le logiche dei singoli ospedali. Un percorso complesso, che richiede anche un particolare interesse da parte dei legislatori, che può essere un esempio per molte Regioni dello stivale che sfortunatamente sono rimaste indietro.

L'evento è stato organizzato da **Motore Sanità** con il contributo incondizionato di



IT-MED

Per ulteriori informazioni e materiale stampa, visitate il nostro sito internet www.motoresanita.it

Ufficio stampa Motore Sanità

comunicazione@motoresanita.it

Marco Biondi – Cell. 327 8920962

Riccardo Thomas – Cell. 340 5526793