

**11 FEBBRAIO 2021**

**PROGETTO SCA LAZIO**

**GESTIONE CLINICA DELLA  
SINDROME CORONARICA ACUTA  
IN REGIONE LAZIO**

**DOCUMENTO DI SINTESI**



## INTRODUZIONE DI SCENARIO

La sindrome coronarica acuta (SCA) comprende diverse manifestazioni dell'ischemia miocardica, ossia assenza totale o parziale di afflusso di sangue al tessuto miocardico con conseguente carenza di ossigeno ed elevato rischio di sviluppare necrosi cardiaca.

I dati nazionali ci riportano ad una **incidenza di circa 135.000 casi ogni anno e di questi 45.000 purtroppo sono fatali**. Un dato però positivo è che **la mortalità intraospedaliera sta progressivamente diminuendo** negli ultimi anni con delle differenze da regione a regione, e questo è dovuto al **miglioramento della tempestività di intervento del 118**, che già in ambulanza tratta il paziente, si mette in contatto con i centri più idonei per curarlo e ai centri di emodinamica che sempre più si stanno qualificando e specializzando in questo settore.

Per la SCA è fondamentale riconoscerne tempestivamente l'insorgenza e intervenire di conseguenza per ridurre il rischio di esiti negativi, ed è altrettanto importante che i pazienti siano opportunamente seguiti **dopo la dimissione ospedaliera al fine di evitare nuovi episodi acuti o importanti complicanze cardiache o di altri distretti**.

Infine, è assolutamente importante la **presenza sul territorio dei centri di riabilitazione e la figura del medico di famiglia** nel gestire il paziente quando arriva a domicilio e nel lungo periodo durante il follow up.

## TEMPESTIVITÀ DI INTERVENTO: IL PROGETTO TELEMED

Una valutazione immediata e rapida della stratificazione del rischio è fondamentale per ragionare sulla strategia migliore perfusiva per il paziente (G. Pajes).

Il **progetto Telemed**, finanziato dalla regione Lazio e realizzato con il supporto tecnico della Lazio CreaSpa, permette la trasmissione dei tracciati ECG dalle ambulanze anticipando la diagnosi dei pazienti con patologia cardiologica, in modo da garantire una centralizzazione primaria e trasmissione del tracciato ECG dei pazienti con infarto Stemi alle strutture delle Rete cardiologica regionale con emodinamica attraverso la specifica piattaforma applicativa. Obiettivo: **ottimizzare la gestione del paziente con SCA** attraverso una efficace trasmissione dati e il teleconsulto cardiologico sul territorio della provincia di Roma e dell'intera Regione Lazio.

I **possibili sviluppi futuri** sono estensione della fascia oraria del CRR **da 12 ore a 24 ore**, ulteriore incremento della **copertura dei mezzi dotati di apparato ECG** a 12 derivazioni con possibilità di teletrasmissione, incentivare l'utilizzo del 118 da parte delle persone a casa se accedi in ospedale tramite 118, valutazione di una terapia trombolitica sul mezzo soprattutto in provincia quando i tempi di percorrenza sono molto lunghi e sviluppi di protocolli condivisi.

## LA RIABILITAZIONE, L'ANELLO DEBOLE DELLA CATENA

I dati italiani recenti, pubblicati sul Giornale italiano di Cardiologia, dicono che se il paziente dopo la dimissione ospedaliera passa un certo periodo di tempo in un centro di riabilitazione cardiovascolare, la percentuale di riduzione del rischio di un nuovo evento è addirittura del 29%. Nella regione Lazio arrivano ad un percorso di riabilitativo solo **1 paziente su 3**.

Le problematiche attuali sono rappresentate da **ricoveri nei reparti di cardiologia e cardiocirurgia sempre più brevi** e finalizzati alla gestione dei problemi "acuti" e alle soluzioni "interventistiche" (dimissioni precoci con alta probabilità di riospedalizzazioni); **insufficiente attenzione alla fase della stratificazione prognostica e al counseling** per la ripresa delle proprie attività quotidiane; una **inadeguata impostazione della prevenzione** secondaria. Inoltre, da parte della famiglia del paziente cardiopatico è presente **ansia e preoccupazione per il ritorno a casa** e le paure più frequenti sono non sapere come trattare il paziente (43%), di lasciarlo solo in casa (24%), di sottovalutare nuovi sintomi (26%), difficoltà a fargli modificare lo stile di vita (12%). Su tutto questo si è abbattuto il Covid e questi dati sono destinati ad aumentare (M. Piccoli).

## CONCLUSIONI

La gestione del paziente dalla sua fase acuta a quella successiva di follow up domiciliare ha subito nel corso di questi ultimi anni una evoluzione che ha permesso di ridurre, rispetto a dieci anni fa, la mortalità in modo significativo, ma è emerso che ci sono ancora delle falle nel percorso di cura del paziente cardiopatico.

**Pertanto il panel di esperti concorda su queste premesse:**

- a. La **prevenzione dei rischi cardiovascolari** per evitare di arrivare all'infarto e per far conoscere meglio i sintomi alla popolazione;
- b. la **gestione della SCA sul territorio**: il passaggio del paziente da un setting assistenziale (ospedale) all'altro (territorio) evidenzia una insufficiente comunicazione tra i due setting;
- c. **L'aderenza al trattamento** da parte del paziente diminuisce progressivamente fino all'interruzione definitiva: **il provider che ha maggiore impatto sull'aderenza al trattamento nei 2 anni dopo la dimissione è l'ospedale** (1.304) rispetto ad Asl (1.228), MMG (1.172) e distretti (1.123); c'è estrema variabilità sul territorio, che va dal 49% al 74%; (M. Di Martino).
- d. Il ruolo della **riabilitazione cardiologica** nel momento successivo all'evento acuto che permette di programmare una prevenzione secondaria efficace

## CALL TO ACTION E PROPOSTE:

**Il panel della medicina territoriale e ospedaliera propone di:**

1. Migliorare i **processi organizzativi all'interno degli ospedali** con l'obiettivo di **dimettere il paziente da reparti specialistici, redigere una lettera di dimissione accurata e completa, programmare le successive visite per il monitoraggio del paziente;**
2. Organizzare **corsi di formazione in medicina generale** centrando la discussione sulle più recenti linee guida;
3. Promuovere una formazione specifica sulla relazione medico-paziente sottolineando l'efficacia di un sistematico supporto motivazionale nell'assunzione cronica dei farmaci;
4. Incentivare forme di associazionismo in medicina generale al fine di migliorare la continuità dell'assistenza;
5. **Ridurre l'eterogeneità tra ASL** in termini di capillarità e qualità dell'offerta.

**Tutto il panel di esperti propone:**

1. **Campagne di sensibilizzazione sulla prevenzione** dei rischi cardiovascolari e **campagne di informazione più incisive** che vedono anche la collaborazione dei MMG (G. Giofrè);
2. **Campagna di comunicazione istituzionale** (televisiva) (G. Pajes);
3. **Percorsi condivisi tra ospedale e territorio** per una migliore gestione del paziente, per facilitare la trasmissione dei dati clinici tra un setting e l'altro e per la condivisione delle diagnosi;
4. Prevedere **procedure di audit e feedback** orientate sia alla struttura che dimette il paziente sia al territorio che lo accoglie, coinvolgendo anche i MMG e **politiche basate sul pay for performance** (Di Martino);
5. Migliorare la **distribuzione territoriale delle emodinamiche e del loro accesso (24 ore) con la presenza attiva h24 del personale sanitario** (infermieri);
6. **Durante la riabilitazione** prevedere un **team multidisciplinare** (infermiere, nutrizionista, fisioterapista, psicologo) perché non solo di farmaco e di soli esami questo paziente vive (M. Piccoli);
7. **Organizzare la prevenzione secondaria** nella riabilitazione attivando **poliambulatori dedicati** con la presenza della figura dell'infermiere e del MMG extra ospedaliero al fine di organizzare incontri di educazione sanitaria; individuando nei piccoli centri **percorsi di prevenzione cardiovascolare**; attivando **defibrillatori nei luoghi di aggregazione**; facendo sinergia con i **centri di pazienti cardiopatici** (esempio: Amici del cuore); confrontandosi **con i tecnici informatici** per costruire un percorso riabilitativo adattato al paziente (M. Piccoli).

**SONO INTERVENUTI (in ordine alfabetico):**

**Pierluigi Bartoletti**, Vice Segretario Vicario FIMMG - Vice Presidente OMCeO Roma

**Paolo Ciani**, Vice Presidente VII Commissione Sanità Regione Lazio

**Mirko Di Martino**, Dipartimento Epidemiologia Servizio Sanitario Regione Lazio

**Gaetano Giofrè**, Responsabile UOS Emodinamica Ospedale S.Eugenio Roma

**Aldo Pietro Maggioni**, Direttore Centro Studi ANMCO

**Georges Paizis**, Direzione Scientifica Motore Sanità

**Giuseppe Pajes**, Presidente Regionale ANMCO Lazio) - Direttore UOC Cardiologia ASL Roma 6

**Mara Piccoli**, Referente Regionale AICPR - UOC Cardiologia Ospedale G.B. Grassi, Roma

**Carlo Gaetano Piccolo**, Azienda Regionale Emergenza Sanitaria - Ares 118

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità

*Il webinar è stato organizzato da Motore Sanità con il contributo incondizionato di SANOFI*

CON IL PATROCINIO DI:



REGIONE  
LAZIO



CON IL CONTRIBUTO INCONDIZIONATO DI:



**SANOFI**

