



REGIONE CAMPANIA
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITÀ DELLE CURE

STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI/PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE

cardio53@aslnapoli1centro.it

La gestione post-acuta dei pazienti con sindrome coronarica

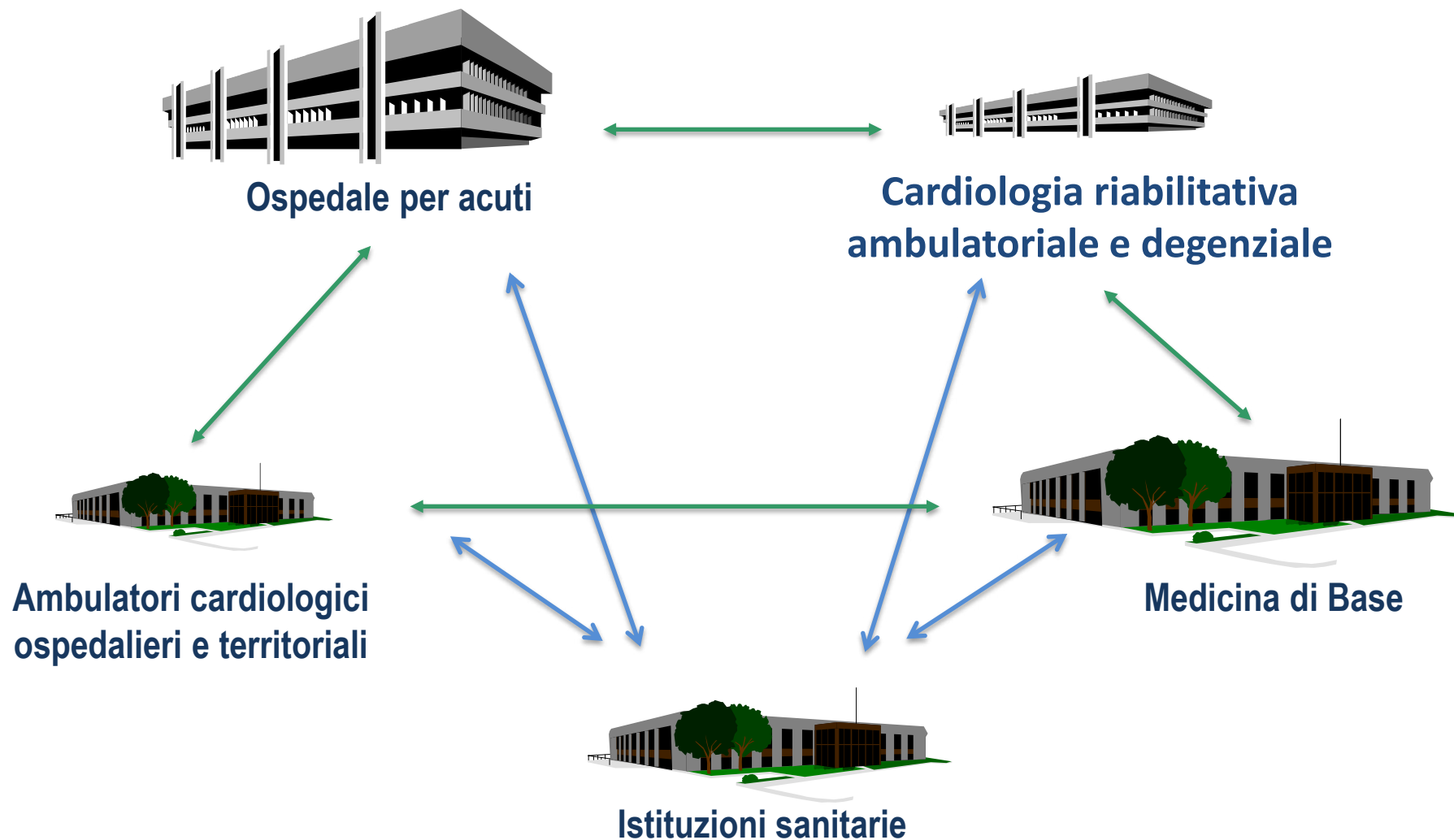
Napoli 25 Settembre 2017

Giovanni Rosiello

giovanni.rosiello@aslnapoli1centro.it



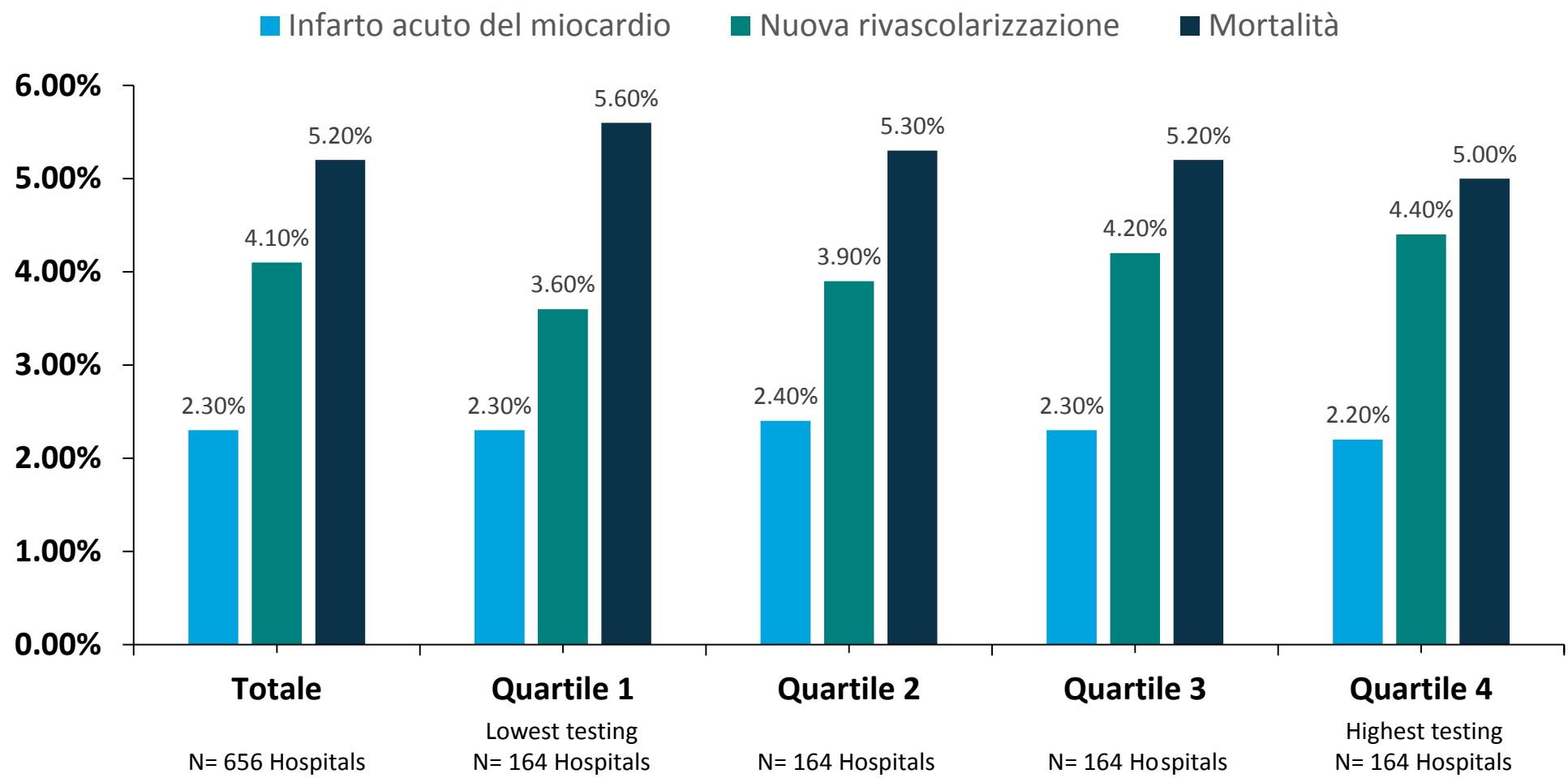
LA RETE PER L'ASSISTENZA ALLA FASE POST ACUTA E CRONICA DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA



APPROPRIATEZZA ED INAPPROPRIATEZZA

- **In ambito cardiologico abbiamo assistito negli ultimi anni ad un incremento esponenziale dell'utilizzo della diagnostica strumentale non invasiva.**
- **La percentuale di test inappropriati in cardiologia è elevata.**
- **In rapporto al tipo di esame, al medico richiedente e all'area geografica, si può arrivare ad avere fino un terzo d'indagini strumentali non invasive inappropriate.**

OBSERVED 12-MONTH MEDIAN OUTCOMES PER 100 PERSON-YEARS BY HOSPITAL QUARTILE OVERALL POPULATION: 247,052 PATIENTS



Shah B. J Am Coll Cardiol 2013;62:439-46



DOCUMENTO DI CONSENSO

ANMCO/GICR-IACPR/SICI-GISE: La gestione clinica del paziente con cardiopatia ischemica cronica

Carmine Riccio¹ (Coordinatore), Michele Massimo Gulizia² (Coordinatore), Furio Colivicchi³ (Coordinatore),
Andrea Di Lenarda⁴ (Coordinatore), Giuseppe Musumeci⁵, Pompilio Massimo Faggiano⁶,
Maurizio Giuseppe Abrignani⁷, Roberta Rossini⁵, Francesco Fattirolli⁸, Serafina Valente⁹,
Gian Francesco Mureddu¹⁰, Pier Luigi Temporelli¹¹, Zoran Olivari¹², Antonio Francesco Amico¹³,
Giancarlo Casolo¹⁴, Claudio Fresco¹⁵, Alberto Menozzi¹⁶, Federico Nardi¹⁷

¹U.O.C. Cardiologia Clinica e Riabilitazione Cardiologica, A.O. Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta

²U.O.C. Cardiologia, Ospedale Garibaldi-Nesima, Azienda di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi", Catania

³U.O.C. Cardiologia-UTIC, Presidio Ospedaliero San Filippo Neri, Roma

⁴S.C. Centro Cardiovascolare, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Trieste

⁵Dipartimento Cardiovascolare, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

⁶Cardiologia, Spedali Civili, Brescia

⁷U.O.C. Cardiologia-UTIC, Ospedale Civile Sant'Antonio Abate, Erice (TP)

⁸Riabilitazione Cardiologica, AOU Careggi, Firenze

⁹Cardiologia Intensiva Integrata, AOU Careggi, Firenze

¹⁰Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica, A.O. San Giovanni-Addolorata, Roma

¹¹Divisione di Cardiologia Riabilitativa, Fondazione Salvatore Maugeri, Veruno (NO)

¹²U.O.C. Cardiologia, Ospedale Ca' Foncello, Treviso

¹³U.O. Cardiologia-UTIC, Ospedale San Giuseppe da Copertino, Copertino (LE)

¹⁴S.C. Cardiologia, Nuovo Ospedale Versilia, Lido di Camaiore (LU)

¹⁵S.O.C. Cardiologia, A.O.U. Santa Maria della Misericordia, Udine

¹⁶U.O. Cardiologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, Parma

¹⁷S.O.C. Cardiologia, Ospedale Castelli, Verbania



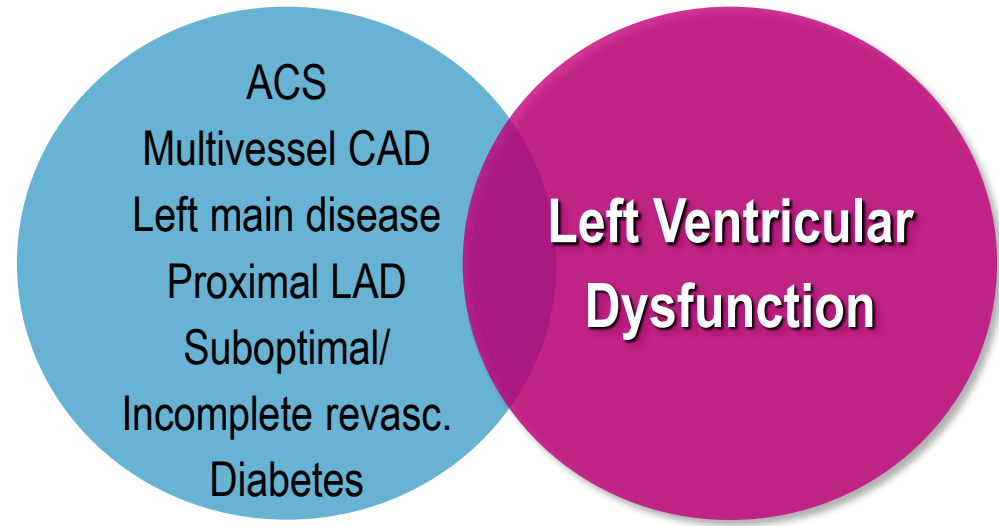
Revisori del Documento

Roberto Caporale, Marco Malvezzi Caracciolo, Giovanna Geraci, Alfredo Marchese, Roberto Pedretti, Guerrino Zuin

IPOSTESI DI FOLLOW-UP “SARTORIALE”



Percorso “C”



Percorsi “B” - “A”

On behalf of GISE Nazionale, ANMCO Nazionale, LombardIMA, SIMG Nazionale, GICR Nazionale

Patients with
"Lone" PCI

PERCORSO

C

PCI

0 1 3 6 9 12

mese

MMG:

Aderenza terapeutica
Target lipico
Target pressorio
Target Hb glicata
Sintomi

FOLLOW-UP PRESSO MMG

Cardiologo + ECG

Es. ematici*

Ecocardio

Test provocativo

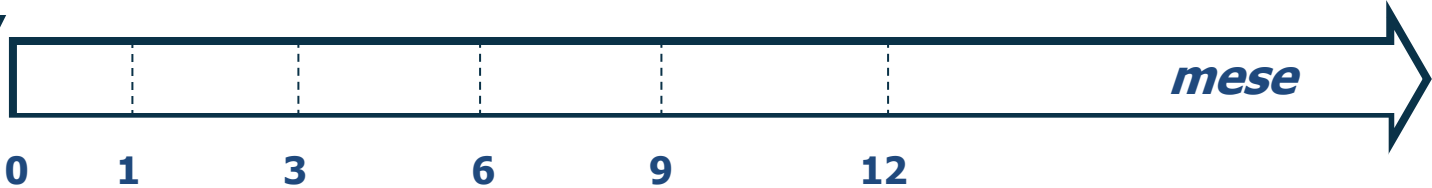
TEST PROVOCATIVO ROUTINARIO NON INDICATO NEL PAZIENTE ASINTOMATICO

*: emocromo, glicemia, assetto lipidico, creatinina, esami mirati alla terapia in atto (es. CPK e transaminasi per uso statine, ecc.)

- ACS
- Multivessel CAD
- Left main disease
- Proximal LAD
- Suboptimal/
Incomplete revasc.
- Diabetes

PERCORSO B

PCI



MMG: <i>Aderenza terapeutica</i> <i>Target lipico</i> <i>Target pressorio</i> <i>Target Hb glicata</i> <i>Sintomi</i>	●	●		●			Da valutare in base a necessità clinica
Cardiologo + ECG				●			A CADENZA ANNUALE
Es. ematici*		●					Da valutare in base a necessità clinica
Ecocardio							
Test provocativo			●			●	A CADENZA BIENNALE

- Rivascolarizzazione incompleta
- Risultato subottimale

*: emocromo, glicemia, assetto lipidico, funz renale, esami mirati a copatologie (HbA1c, eGFR, ecc), esami mirati terapia in atto (CPK e transaminasi per uso statine). Controlli successivi in funzione dei risultati ottenuti e dei target raggiunti.



PCI



MMG:

- Aderenza terapeutica*
- Target lipico*
- Target pressorio*
- Target Hb glicata*
- Sintomi*



Da valutare in base a necessità clinica

Cardiologo + ECG



Annuale nei pazienti in cui persiste disfunzione VS

Es. ematici*



Da valutare in base a necessità clinica

Ecocardio



Eventualmente biennale, specie in caso di rimodellamento VS

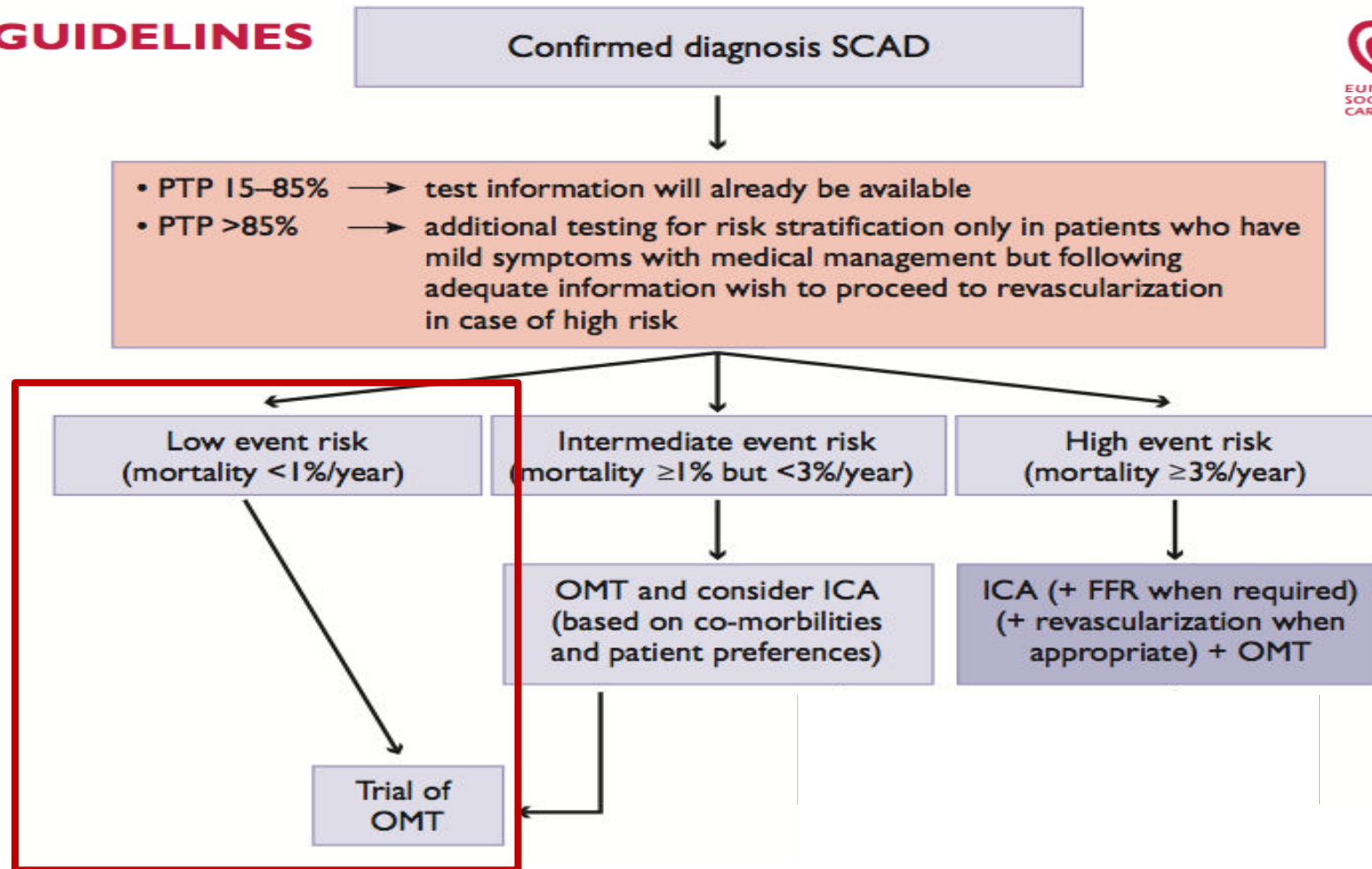
Test provocativo

Da valutare in base a percorso B o C

*: emocromo, glicemia, assetto lipidico, funz renale, esami mirati a copatologie (HbA1c, eGFR, ecc), esami mirati terapia in atto (CPK e transaminasi per uso statine, N-K per anti-aldosteronici). Controlli successivi in funzione dei risultati ottenuti e dei target raggiunti.

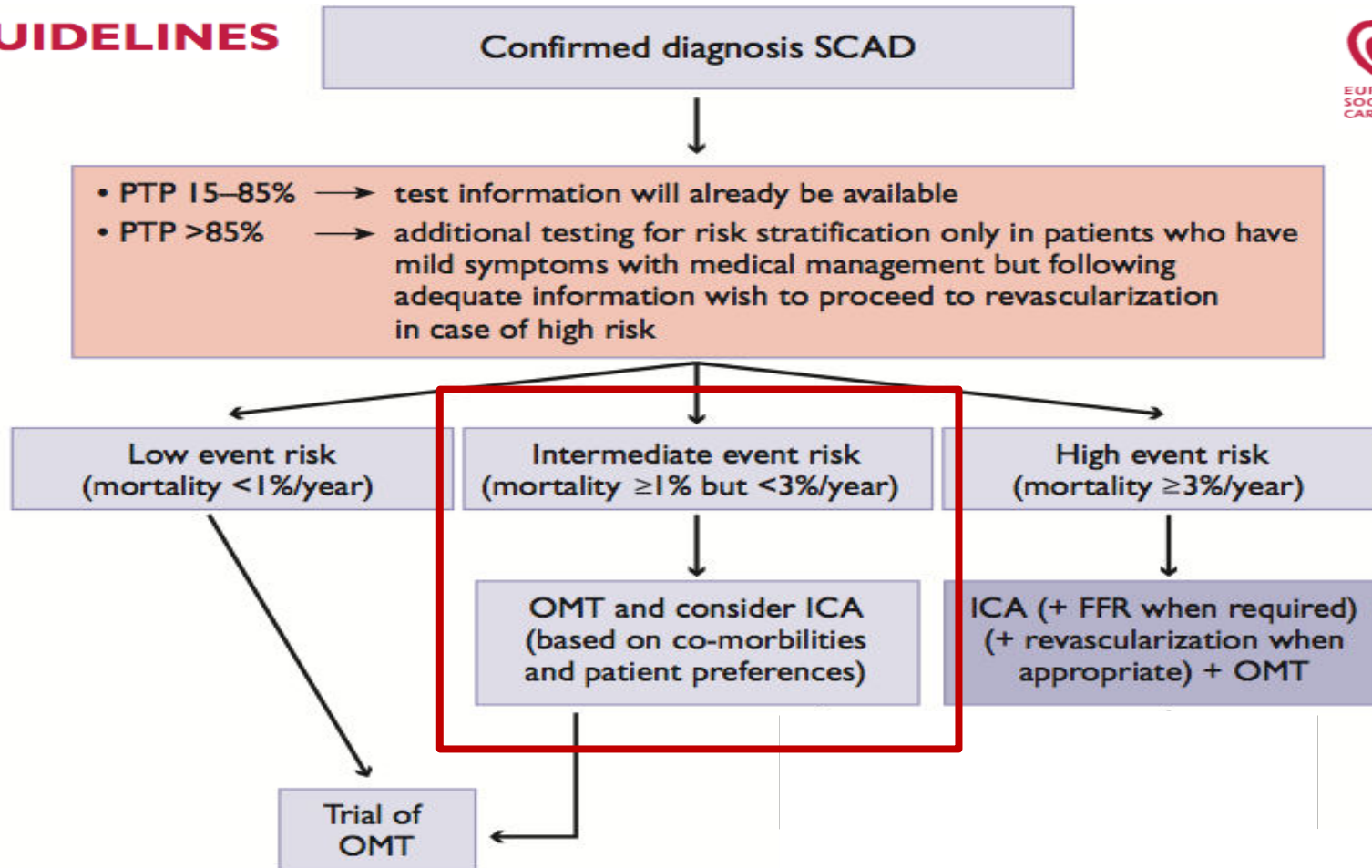
GESTIONE TERAPEUTICA DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA SINTOMATICA

ESC GUIDELINES



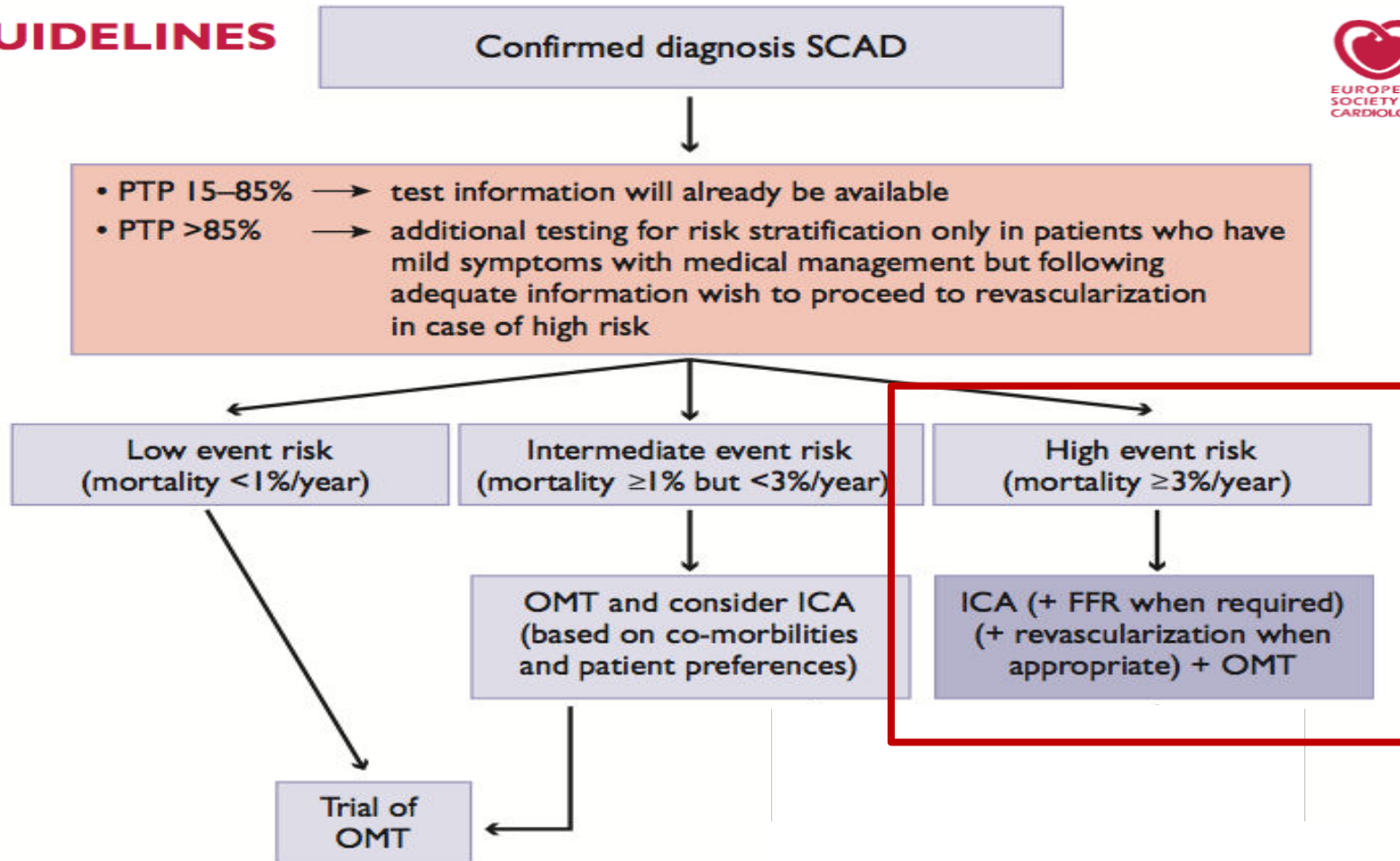
GESTIONE TERAPEUTICA DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA SINTOMATICA

ESC GUIDELINES



GESTIONE TERAPEUTICA DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA SINTOMATICA

ESC GUIDELINES



METANALISI SU EFFETTO DELLA PCI IN PAZIENTI CON CAD STABILE E DOCUMENTAZIONE DI ISCHEMIA

Morte

A

Source	OR (95% CI)	P Value	OR (95% CI)
Hambrecht ¹⁵	1.02 (0.02-52.43)	.99	
MASS II ¹³	0.76 (0.27-2.16)	.60	

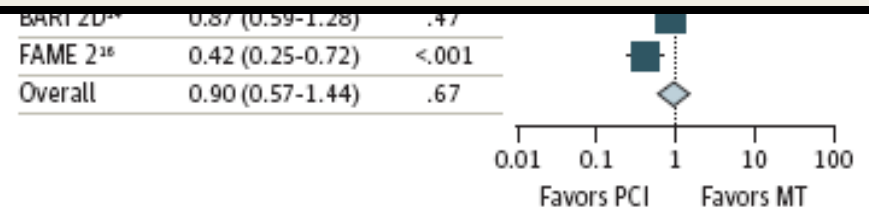
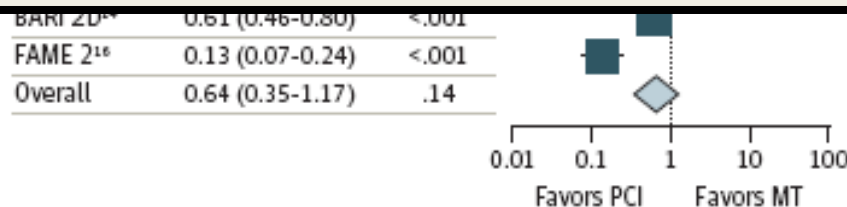
IMA non fatale

B

Source	OR (95% CI)	P Value	OR (95% CI)
Hambrecht ¹⁵	3.12 (0.12-78.45)	.49	
MASS II ¹³	1.24 (0.40-3.88)	.71	

CONCLUSIONS AND RELEVANCE

In patients with stable CAD and objectively documented myocardial ischemia, PCI with OMT was not associated with a reduction in death, nonfatal MI, unplanned revascularization, or angina compared with OMT alone.



CORREZIONE DELLO STILE DI VITA

■ Fumo

- *Informazione;*
- *Counselling;*
- *Monitoraggio precoce (30 giorni) del grado di dipendenza e l'eventuale persistenza o recidiva del fumo;*
- *Rivolgersi al proprio Medico di Medicina Generale o al proprio Cardiologo in caso di recidiva successiva;*
- *In caso di persistenza allestire percorsi predefiniti dedicati o inviare il paziente ai Centri Antifumo.*

■ Attività fisica

- *prescrivere attività fisica moderata a tutti i soggetti a basso rischio (nei quali non è necessaria una prova da sforzo prima della ripresa dell'attività fisica);*
- *Eeguire una prova da sforzo prima della prescrizione di attività fisica nei soggetti ad alto rischio o prima di programmi di allenamento fisico;*
- *Differenziare la prescrizione dell'attività fisica in base alla condizione precedente la SCA (sedentarietà o meno) e in base all'età.*

■ Alimentazione

- *ogni cambiamento è un percorso complesso: presenta diverse difficoltà e richiede motivazioni, tempo, pazienza, disponibilità. E' necessario porsi obiettivi raggiungibili, avere fiducia nelle proprie capacità e, magari, trovare accanto persone (familiari, professionisti sanitari) di aiuto durante questo cammino;*
- *cambiare le proprie abitudini alimentari è difficile: si sono costruite nel tempo, hanno a che fare con la storia personale e dipendono da molti elementi;*
- *cambiare abitudini alimentari è possibile: soprattutto trovando un equilibrio tra senso della misura e gusto, senza identificare il benessere alimentare come risultato di divieti e prescrizioni.*

OBIETTIVI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA DOPO SINDROME CORONARICA ACUTA

- **Controllo della frequenza cardiaca (Target ≤ 60 b/min)**
 - β -Bloccanti (*calcioantagonisti: fenilalchilamine, benzotiazepine*);
 - *Ivabradina*.
- **Prevenzione del rimodellamento ventricolare sinistro**
 - *ACE-Inibitori, Antagonisti recettoriali dell'Angiotensina II, Antialdosteronici*.
- **Tattamento dell'ischemia**
 - *Ranolazina, Nitrati*.
- **Antiagggregazione piastrinica**
 - *Aspirina, Clopidogrel, Ticagrelor, Prasugrel*.
- **Tattamento dell'ipertensione arteriosa (Target P.A. $\leq 140/90$ mmHg)**

- **Stabilizzazione della placca/Controllo dell'assetto lipidico**
(Alto rischio: Target L.D.L. ≤ 100 mg/dl - Altissimo rischio: Target L.D.L. ≤ 70 mg/dl)

Primary and secondary efficacy endpoints analysis in the three arms of the PEGASUS-TIMI 54 study

Endpoint	Ticagrelor 90 mg bid N = 7050 n(%)	Ticagrelor 60 mg bid N = 7045 n(%)	Placebo N = 7067 n(%)	Ticagrelor 90 mg bid vs Placebo HR (95% CI)	Ticagrelor 60 mg bid vs Placebo HR (95% CI)
Primary endpoint					
CV death, MI or Stroke	493 (7,85)	487 (7,77)	578 (9,04)	0,85 (0,75-0,96) P=0,008	0,84 (0,74-0,95) P=0,004
Secondary endpoint					
CV death	182 (2,94)	174 (2,86)	210 (3,39)	0,87 (0,71-1,06) P=0,15	0,83 (0,68-1,01) P=0,14
Death from any cause	182 (2,94)	174 (2,86)	210 (3,39)	1,00 (0,86-1,16) P=0,99	0,89 (0,76-1,04) P=0,14
Other efficacy endpoint					
MI	275 (4,40)	285 (4,53)	338 (5,25)	0,81 (0,69-0,95) P=0,01	0,84 (0,72-0,98) P=0,03
All Stroke	100 (1,61)	91 (1,47)	122 (1,24)	0,82 (0,63-1,07) P=0,14	0,75 (0,57-0,98) P=0,03
Ischemic Stroke	88 (1,41)	78 (1,28)	103 (1,65)	0,85 (0,64-1,14) P=0,28	0,76 (0,56-1,02) P=0,06

Modificato da Bonaca Marc P, N Engl J Med 372, 2015

OBIETTIVI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA DOPO SINDROME CORONARICA ACUTA

- **Controllo della frequenza cardiaca (Target ≤ 60 b/min)**
 - β -Bloccanti (*calcioantagonisti: fenilalchilamine, benzotiazepine*);
 - Ivabradina.
- **Prevenzione del rimodellamento ventricolare sinistro**
 - ACE-Inibitori, Antagonisti recettoriali dell'Angiotensina II, Antialdosteronici.
- **Tattamento dell'ischemia**
 - Ranolazina, Nitrati.
- **Antiagggregazione piastrinica**
 - Aspirina, Clopidogrel, Ticagrelor, Prasugrel.
- **Tattamento dell'ipertensione arteriosa (Target P.A. $\leq 140/90$ mmHg)**
 - β -Bloccanti;
 - Bloccanti del S.R.A.A. e, successivamente, le altre classi di farmaci.
- **Stabilizzazione della placca/Controllo dell'assetto lipidico**
(Alto rischio: Target L.D.L. ≤ 100 mg/dl - Altissimo rischio: Target L.D.L. ≤ 70 mg/dl)
 - Statine ad alta efficacia in monoterapia o in associazione ad Ezetimibe;
 - Omega3;
 - Inibitori del PCSK9.

ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

FATTORI ASSOCIATI A MANCATA ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

CORRELATI AL PAZIENTE	CORRELATI ALLA CONDIZIONE CLINICA	CORRELATI ALLA TERAPIA	CORRELATI AL SISTEMA SANITARIO	CORRELATI AL SISTEMA SOCIO-ECONOMICO
<ul style="list-style-type: none"> - Età avanzata - Sesso femminile; - Deficit cognitivi, visivi, acustici; - Depressione. 	<ul style="list-style-type: none"> - Patologia cronica; - Comorbilità multiple. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevata frequenza delle somministrazioni; - Elevato numero di farmaci; - Efficacia non valutabile; - Effetti collaterali. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ridotta autorevolezza del medico prescrittore; - Inadeguatezza della informazione sulla patologia e sui farmaci; - Incertezza circa la durata del trattamento; - Tempo limitato dedicato al paziente; - Cadenza dei follow-up. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bassa scolarità; - Assenza di coniuge; - Reddito ridotto; - Necessità di partecipazione alla spesa Sanitaria.

INTERVENTI FINALIZZATI AD INCREMENTARE L'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

MODIFICHE DELLA PRESCRIZIONE TERAPEUTICA	INTERVENTI FORMATIVI	INTERVENTI SUL COMPORTAMENTO	INTERVENTI "COMPLESSI"
<ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione transdermica; - Adattare il regime terapeutico allo stile di vita; - Facilitare la scorta di farmaci. 	<ul style="list-style-type: none"> - Audiovisivi; - Fogli informativi; - Contatti telefonici; - Invio di posta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Counseling motivazionale breve; - Controlli a breve termine dopo l'inizio della terapia; - Uso di promemoria (calendari, diari, porta-pillole, sveglie); - Conteggi programmati delle pillole residue; - Visite domiciliari. 	<ul style="list-style-type: none"> - Combinazione di due o più interventi tra quelli delle altre categorie.

LIPIDS AND CARDIOVASCULAR DISEASE RISK

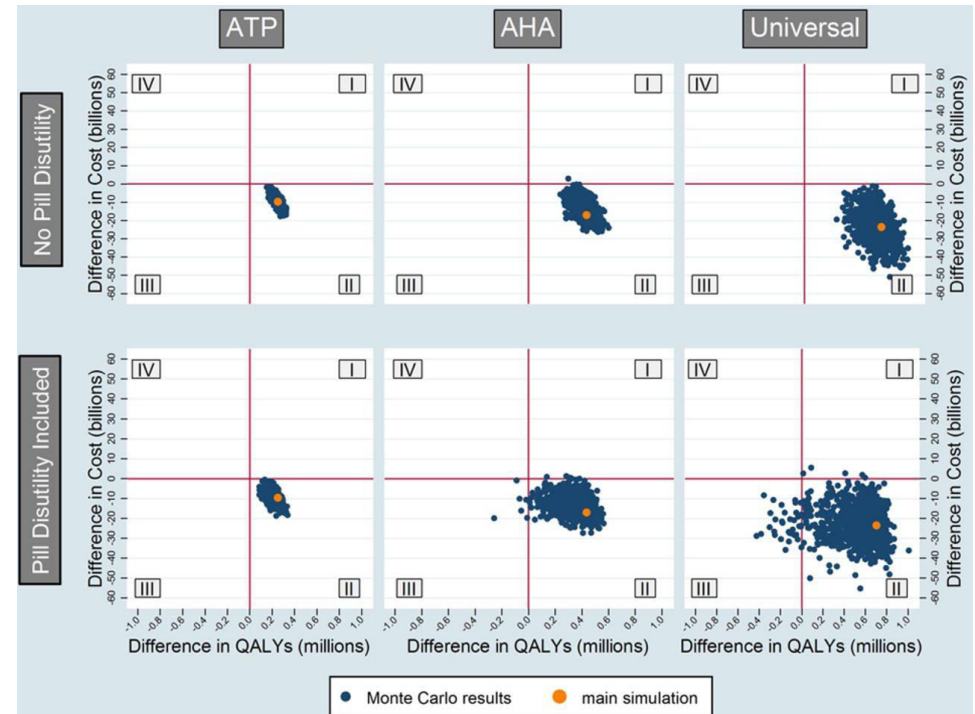
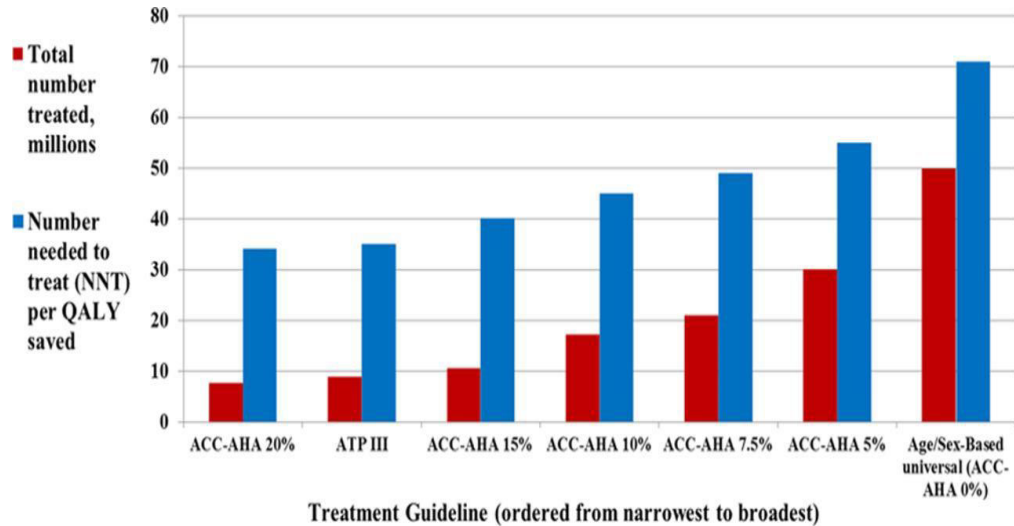


Evaluating the Impact and Cost-Effectiveness of Statin Use Guidelines for Primary Prevention of Coronary Heart Disease and Stroke

David J. Heller, MD, MPH Pamela G. Coxson, PhD Joanne Penko, MS, MPH Mark J. Pletcher, MD, MPH Lee Goldman, MD, MPH Michelle C. Odden, PhD, MS Dhruv S. Kazi, MD, MS Kirsten Bibbins-Domingo, PhD, MD, MAS

Circulation. September 19, 2017; 136: 1087-1098


LIPIDS AND CARDIOVASCULAR DISEASE RISK



CONCLUSIONS: At a population level, the ACC/AHA guideline for expanded statin use for primary prevention is projected to treat more people, to save more lives, and to cost less compared with Adult Treatment Panel III in both men and women. Whether individuals benefit from long-term statin use for primary prevention depends more on the disutility associated with pill burden than their degree of cardiovascular risk.

CONCLUSIONI





REGIONE CAMPANIA
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle Cure
Dott. Gennaro Volpe
Dipartimento Assistenza Ospedaliera
Dott. Rosario Lanzetta

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INTEGRATO PER IL PAZIENTE AFFETTO DA SCOMPENSO CARDIACO
 (Documento di sintesi)

Redatto da:
 Dott. Paolo Capogrosso
 Dott. Giovanni Rosiello

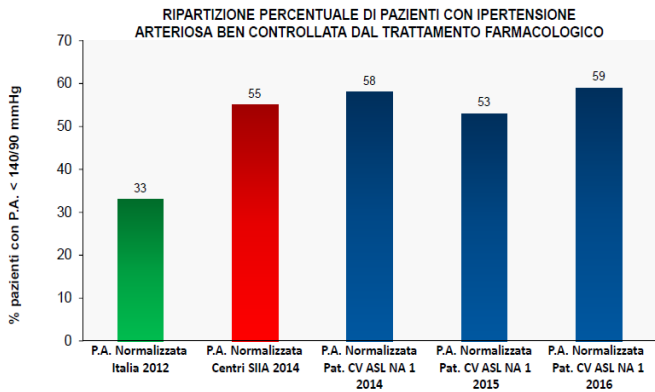

REGIONE CAMPANIA
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

DIPARTIMENTO CENTRALE DI MEDICINA TERRITORIALE
 Direttore: *Dott. Gennaro Volpe*

Area Attività Sovradistrettuali: *Dott.ssa Marina Tauritano*
 Area farmaceutica: *Dott.ssa Giovanna Labela*

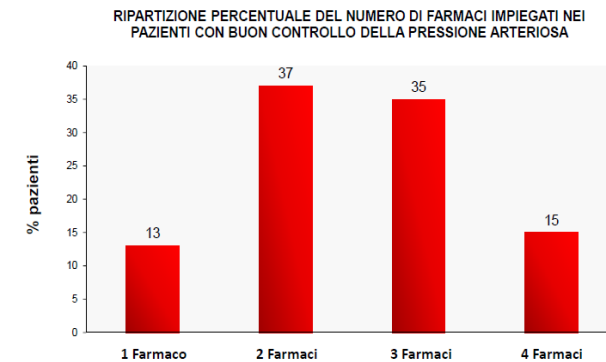
PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE IPERTESO

CONTROLLO DELL'IPERTENSIONE



UOSD Pat. Cardiovasc. Data on file: 2017

CONTROLLO DELL'IPERTENSIONE



UOSD Pat. Cardiovasc. Data on file: 2017