



# Lo Scompenso Cardiaco nell'esperienza di un Medico di Medicina Generale

Biagio Valente

COMMISSARIO AD ACTA  
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Decreto n.

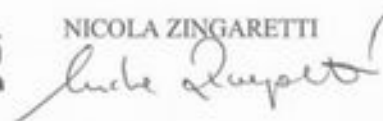
**OGGETTO:** Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Roma, il **07 OTT. 2015**

NICOLA ZINGARETTI



Allegato n. 2

**SCOMPENSO CARDIACO**

La necessità di un modello assistenziale specifico deriva dalla natura della patologia, che è una sindrome eterogenea e con andamento cronico ondulante, caratterizzata da una progressione in cui si alternano fasi di relativa stabilità a fasi di riacutizzazione e in cui è sempre presente il rischio di una morte improvvisa.

Non esiste quindi un solo paziente con SC ma è possibile individuare diversi profili clinici in cui uno stesso paziente può transitare a seconda della fase e che rappresentano la base su cui impostare un PDTA individuale:

1. disfunzione ventricolare asintomatica (stadi A e B, classe NYHA I);
2. SC acuto di nuova diagnosi o in stabilizzato (stadio C, classe NYHA III-IV);
3. SC ambulatoriale stabile /oligosintomatico (stadio C, classe NYHA II);
4. SC severo candidabile al trapianto cardiaco (stadio D-C, classe NYHA IV);
5. SC con comorbilità e/o anziano (stadio C, classe NYHA III-IV);
6. SC avanzato/ terminale (stadio D, classe NYHA IV)

Su un piano di sanità pubblica, quindi, due sono gli obiettivi primari:

- 1) identificare precocemente a livello di cure primarie o in ospedale il paziente ad alto rischio (stadio A e B) e inserirlo in un percorso finalizzato a evitare o ritardare la comparsa di scompenso cardiaco manifesto (stadio C); (Appendice 1)
- 2) inserire il paziente con SC manifesto (stadio C e D) in un modello di cura continuativa che sia finalizzato alla prevenzione delle instabilizzazioni e a rallentare la progressione della malattia.

## **Modalità di accesso**

L'accesso ai servizi sarà programmato e dovrà avvenire mediante segnalazione del MMG e non può sostituire il servizio dell'Emergenza sanitaria né vicariare le prestazioni in Emergenza-Urgenza che sono proprie del Pronto Soccorso ospedaliero. La segnalazione del caso potrà provenire dal singolo MMG, da qualsiasi servizio sanitario (Ospedale, Ambulatorio Specialistico, altri...) o non sanitario ma saranno privilegiate quelle pervenute attraverso protocolli pre-specificati di continuità Ospedale-Territorio nelle diverse fasi: dimissione ospedaliera protetta (non Codice 5), Unità Valutative Multidimensionali ecc.

Di particolare rilevanza è la presa in carico precoce post-dimissione poiché talvolta i pazienti vengono dimessi dall'ospedale senza avere recuperato completamente le condizioni di stabilità clinica o devono completare l'ottimizzazione terapeutica.

Tutti i pazienti presi in carico firmeranno un consenso informato che, di fatto, costituirà il documento ufficiale di inserimento nel progetto (Appendice 4).

## **Ruoli specifici**

Il MMG rappresenta il case manager della maggioranza dei pazienti con SC. Mentre la prevenzione primaria cardiovascolare, compresa l'identificazione dei pazienti a rischio per disfunzione ventricolare asintomatica (Stadi A e B), è suo compito precipuo, la prevenzione secondaria (Stadi C e D) va attuata, secondo il livello di rischio e di stabilità clinica, congiuntamente con lo Specialista Cardiologo.

Il paziente sarà accolto dal Medico di Medicina Generale (MMG) e dall'infermiere che coordinano l'attivazione del PDTA.

Il ruolo dell'infermiere con competenze specifiche per lo SC è di estrema importanza nella cura del paziente sia a livello ospedaliero sia territoriale. Il Personale Infermieristico svolgerà attività di supporto alla clinica e alla diagnostica, alla educazione sanitaria con particolare riguardo all'informazione al paziente e ai familiari sui servizi erogati e al monitoraggio (Appendice 5, 6)

## Comunicazione e coordinamento della rete

Elementi chiave per il coordinamento efficace di una rete assistenziale sono la creazione di un'efficiente rete informatica per il collegamento delle strutture territoriali e ospedaliere e la creazione di un organismo di coordinamento.

La piena attuazione del PDTA richiede la messa a punto di un efficace sistema informatizzato di comunicazione fra i diversi operatori e strutture coinvolte che non richieda eccessivi investimenti e tempi di realizzazione e sia caratterizzato dalla semplicità d'uso. A tale scopo i principali software utilizzati dai MMG dovrebbero essere messi in connessione fra loro e con le reti ospedaliere per la condivisione dei dati dei singoli pazienti e delle lettere di dimissione.

Sarebbe auspicabile disporre di recapito telefonico dedicato e disponibile durante l'orario di servizio a cui i pazienti e/o MMG del territorio possano fare riferimento con l'utilizzo di un infermiere come gestore dei contatti e della loro urgenza.

Una modalità operativa efficace è rappresentata da due funzioni aggiuntive di "e-referral" e di "e-consult" con il centro Cardiologico di Riferimento, compilabili entrambi online. Il sito genera automaticamente una e-mail che viene inviata al Centro Cardiologico Ospedaliero di riferimento.

In ogni casa della Salute si dovrebbe prevedere la creazione di un Gruppo di Coordinamento che potrebbe essere formato, in accordo con le specificità locali, dalle seguenti figure professionali:

- dirigente dell'Azienda Sanitaria e/o dell'Azienda Ospedaliera dove presente con funzioni di coordinamento e dotato di una sufficiente autonomia decisionale;
- rappresentante/i dei MMG e degli Specialisti;
- referente/i per lo SC delle Strutture Ospedaliere pubbliche e private accreditate;
- altri (responsabile assistenza domiciliare integrata, specialisti territoriali, medici di Continuità Assistenziale, unità valutative geriatriche [UVG], servizi Socio assistenziali);
- referente/i infermieristico/i per ospedale e territorio;
- rappresentante dei pazienti e delle associazioni non professionali o di volontariato, per le problematiche di loro interesse e competenza.

## Comunicazione e coordinamento della rete

Elementi chiave per il coordinamento efficace di una rete informatica per il collegamento delle strutture e il coordinamento.

La piena attuazione del PDTA richiede un sistema di comunicazione fra i diversi operatori che sia efficiente e sia caratterizzata da realizzabilità, da rapidità di realizzazione e sia caratterizzata da costi contenuti. Sarebbe auspicabile che i principali software utilizzati dai MMG dovessero essere messi a disposizione dell'ospedaliere per la condivisione dei dati dei singoli pazienti e dei medici di famiglia.

creazione di un'efficiente rete di riferimento di un organismo di coordinamento.

La piena attuazione del PDTA richiede un sistema informatizzato di comunicazione fra i diversi operatori che sia efficiente e sia caratterizzata da realizzabilità, da rapidità di realizzazione e sia caratterizzata da costi contenuti. Sarebbe auspicabile che i principali software utilizzati dai MMG dovessero essere messi a disposizione dell'ospedaliere per la condivisione dei dati dei singoli pazienti e dei medici di famiglia.

Sarebbe auspicabile che i principali software utilizzati dai MMG dovessero essere messi a disposizione dell'ospedaliere per la condivisione dei dati dei singoli pazienti e dei medici di famiglia.

Il PDTA clinico è rappresentato da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero. Le funzioni aggiuntive sono rappresentate da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero.

Inoltre, il PDTA clinico è rappresentato da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero. Le funzioni aggiuntive sono rappresentate da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero.

Inoltre, il PDTA clinico è rappresentato da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero. Le funzioni aggiuntive sono rappresentate da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero.

Il PDTA clinico è rappresentato da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero. Le funzioni aggiuntive sono rappresentate da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero.

Inoltre, il PDTA clinico è rappresentato da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero. Le funzioni aggiuntive sono rappresentate da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero.

Il PDTA clinico è rappresentato da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero. Le funzioni aggiuntive sono rappresentate da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero.

Inoltre, il PDTA clinico è rappresentato da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero. Le funzioni aggiuntive sono rappresentate da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero.

Il PDTA clinico è rappresentato da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero. Le funzioni aggiuntive sono rappresentate da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero.

Inoltre, il PDTA clinico è rappresentato da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero. Le funzioni aggiuntive sono rappresentate da due funzioni aggiuntive che si riferiscono al Centro Cardiologico Ospedaliero.

## Comunicazione e coordinamento della rete

Elementi chiave per il coordinamento efficace di una rete informatica per il collegamento delle strutture di coordinamento.

La piena comunicazione e realizzazione dovrebbero essere per i singoli pazienti. Sarebbe a carico dei pazienti.

*Operatori: MMG, infermiere*

*Il paziente è in carico al MMG e accede alla Casa della Salute in base a criteri prespecificati per :*

- 1) *Visita Clinica e Visita Cardiologica su richiesta*
- 2) *Diagnostica di base*

*Interventi previsti dal PDTA:*

- Prevenzione primaria secondo piano regionale Prevenzione
- Educazione sanitaria
- Identificazione e trattamento dei fattori di rischio (dilsipidemia, ipertensione e diabete)
- Screening popolazioni ad alto rischio: insufficienza renale (Cockroft e Gault, o MDRD, o CKDEpi ), vasculopatia periferica (ABI index),
- Monitoraggio periodico del livello di rischio (esami routine, ECG)
- Esami : ECG (se alterato valutare eventuale dosaggio BNP/ ntProBNP e indicazione a Ecocardiogramma)

creazione di un'efficiente organizzazione di un organismo di

tizzato di  
e tempi di  
dai MMG  
ei dati dei

tui i  
lei

"consult"  
nte una e-

potrebbe

linamento

**PDTA clinico**  
A) In caso di essere fornito - dirigente e dotato di - rappresente - referent  
D) P... ASSISTENZIALE... assistenza integrata, specialisti territoriali, medici di base, assistenza assistenziale, un... [UVG], servizi Socio assistenziali);  
- re... ermieristico/i per ospedale e territorio;  
- rap... representante dei pazienti e delle associazioni non professionali o di volontariato, per le problematiche di loro interesse e competenza.

## Comunicazione e coordinamento della rete

Elementi chiave per il coordinamento efficace di una rete informatica per il coordinamento delle strutture e per il coordinamento.

La piena comunicazione e realizzazione dovrebbero essere per i singoli pazienti. Sarebbe a carico dei pazienti.

**PDTA clinico**

A)

In caso di essere fornito - dirigente e dotato di - rappresentante - referenti

D) P  
ASSISTE

- rappresentante dei pazienti e delle associazioni non professionali o di volontariato, per le problematiche di loro interesse e competenza.

...si specifici per quadro  
...ARDIACO

Oper

Il p

P

Inter

- Prevenzione
- Educazione sanitaria
- Identificazione e trattamento
- Screening popolazioni ad alto rischio (diabete, ipertensione, dislipidemia o CKDEpi), vasculopatia periferica
- Monitoraggio periodico del livello di rischio
- Esami : ECG (se alterato valutare eventuale scompenso cardiaco) e Ecocardiogramma

Al momento la ASL ROMA 2 ha implementato i seguenti percorsi:

- PDTA Diabete
- PDTA BPCO (bronchite cronica ostruttiva)
- PDTA TAO (terapia anticoagulante orale)
- PDTA scompenso cardiaco

creazione di un'efficiente rete di coordinamento di un organismo di

tizzato di  
e tempi di  
dai MMG  
ei dati dei

tui i  
dei

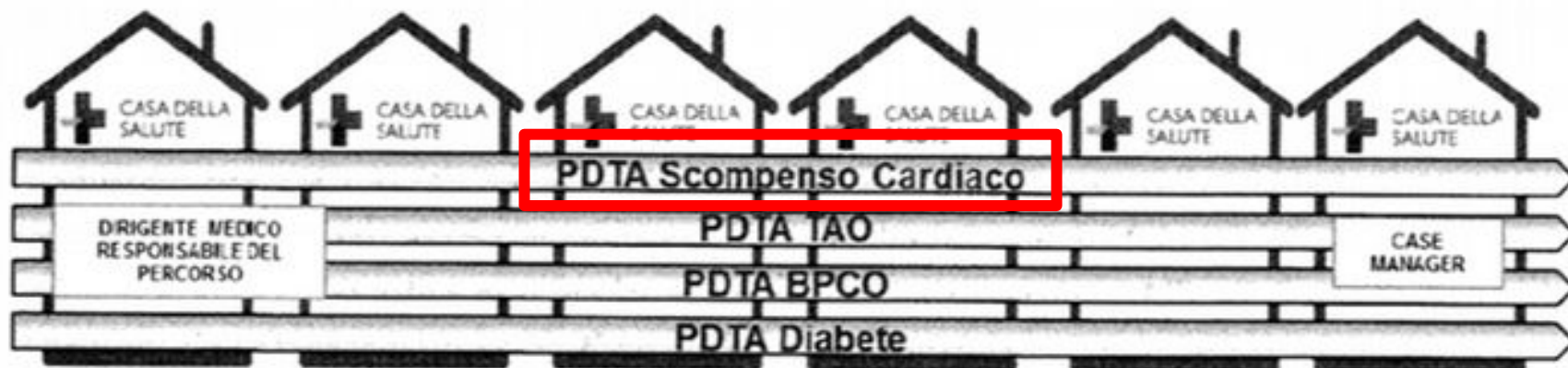
"consult"  
nte una e-

potrebbe

linamento

assistenza, ...





La Casa della Salute è il punto di riferimento per tutto il bacino d'utenza. Tutte le patologie croniche necessitano di esami strumentali e consulenze, anche se, nei casi più lievi e/o stabilizzati, la responsabilità della cura è a carico del MMG e, spesso, può non essere necessaria la consulenza specialistica. L'integrazione non si esaurisce quindi con l'espletamento delle procedure previste nei percorsi, ma fornisce risposte a tutti i bisogni sanitari dei pazienti.

Aggiornamento dal:

- Dall'aprile 2017.....



Nessuna Novità ?

Aggiornamento dal:

- Dal 31 dicembre 2018



La Regione Lazio uscirà  
dal commissariamento

- Dal 1 gennaio 2019
  - Ci sarà un Assessore alla Sanità
  - Si potranno fare Nuovi Piani di Investimento
  - Si passerà alla attuazione pratica dei PDTA

The background is an abstract, fluid pattern of blue and teal colors, resembling a topographical map or a liquid surface. A bright yellow rectangular border frames the text in the center.

Ma i medici e i pazienti  
vanno avanti insieme

## PAZIENTI CON CRITICITÀ

Identifica i pazienti a Rischio:

- 🔴 Farmacologico
- 🔴 Cardiovascolare
- 🔴 Emorragico
- 🔴 Per Complessità



## APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA

Identifica i pazienti:

- 🟢 Trattabili in Nota
- 🟢 Trattati ma non aderenti
- 🟢 Trattati ad Alto Rischio CV



## PREVENZIONE E VACCINI

Identifica i pazienti:

- 🟢 Vaccinabili
- 🟢 da sottoporre a Screening
- 🟢 in base agli Stili di Vita



## CARTE DEL RISCHIO

Valuta Carte del Rischio:

- 🟢 CV (ESC-SCORE)
- 🟢 CV (CHADS2\_VASC)
- 🟢 Emorragico (HAS-BLED)



## OTTIMIZZA LA CARTELLA

Identifica i pazienti:

- 🟢 Con patologie non codificate
- 🟢 Deceduti e/o Revocati



## AUDIT PERSONALE

Valutazione delle principali patologie croniche.



## AUDIT GRUPPO

Valutazione e confronto con il gruppo.



## AUDIT PROGETTI

Progetti di Audit Locali e Nazionali.



## ACCORDI

Indicatori degli Accordi/Contratti Aziendali e AIR.



**GPGNETWORK**  
Accedi al portale GPGNetwork.

## Audit Clinico

Monitoraggio e valutazione delle principali patologie croniche.

- 📊 GPG Score: **87,00** (+64,64 da ultima)
- 📊 COT Score: **79,10** (+25,00 da ultima)
- 📊 52 assistiti con eccellenti risultati



## Criticità e Intervento

Identificazione e risoluzione delle principali criticità gestionali delle cronicità.

- 🔔 6 paz. con Ictus TIA non a target C-LDL
- 🔔 16 paz. con MC non a target C-LDL
- 🔔 152 paz. Ipertesi < 80aa. non a target PA



## Rischio Clinico

Identificazione delle situazioni di rischio clinico.

- 🔴 1 paz. con amiodarone senza TSH
- 🔴 14 paz. da valutare per Statine o Fibrati
- 🔴 31 paz. da valutare per terapia TAORNAO



## Appropriatezza Terapeutica

Valutazione dell'appropriatezza terapeutica relativa a specifici farmaci.

- 📊 18 paz. alto RCV da valutare ASA o TAO
- 📊 14 paz. Nota 13, valutare tratt.to
- 📊 12 paz. Nota 1 e/o 48, valutarne tratt.to



## Case-Mix e Analisi Demografica

Analisi demografica e pesatura clinico-epidemiologica della popolazione assistita.

- 📊 Contatti paz./anno: **9,0** (Media HS: 9,1)
- 📊 HSM Index: **20,3** (Media HS: 20,9)
- 📊 Charlson Index: **1,1** (Media HS: 1,5)



## Prevenzione e Vaccini

Identificazione delle situazioni di prevenzione e di vaccinazione degli assistiti.

- 📊 223 paz. donne senza mammografia
- 📊 435 paz. donne senza PAP test
- 📊 534 paz. senza colonscopia e/o SOF



## Economia Sanitaria

Monitoraggio, valutazione e stima della spesa sanitaria nella popolazione assistita.

- 📊 Spesa per equivalenti (2017): **50%**
- 📊 Importo ass.to pesato (2017): **59.506**
- 📊 Importo medio prescrizione (2017): **21.806**



## Supporti e Ripulitura Archivi

Funzionalità di supporto alla diagnosi clinica e al Management professionale.

- 📊 52 paz. forse non più in carico. Verificare!
- 📊 133 paz. e probabile patologia non codificata



## Modelli Predittivi

Simulazione degli esiti di un intervento in base ad un predeterminato obiettivo di salute.

- 📊 Simula gli esiti di un intervento sanitario



## GPGNetwork

[accedi al portale](#)

## Forma Associativa

Consente la valutazione ed il confronto con il gruppo circa gli esiti e l'appropriatezza degli interventi clinici.



## Progetti di Audit

Partecipa ai Progetti di Audit identificando le criticità (anche del gruppo) e migliorando gli esiti in termini di obiettivi raggiunti.

- 📊 6 Progetti di Audit



## Accordi Aziendali e Regionali

Consulta gli indicatori di monitoraggio definiti nei Progetti Aziendali e Regionali (AIR).



Semplice

Completa

Sintetica

Guidata

Report

Cerca

Risorse

Pazienti



Audit Clinico - Analisi per Problema

Aggiorna Analisi

Esporta

Analisi Sintetica

## Tutti gli indicatori

Elenco di tutti gli indicatori raggruppati per problema

Analisi per  
Problema

GPG Score

ITOT Score

VAQC Score

Audit  
Benchmark

## ASMA

Area Pneumologica



## BPCO

Area Pneumologica



## CANCRO

Area Oncologica



## DEMENZA

Area Neuro-Psichiatrica



## DEPRESSIONE

Area Neuro-Psichiatrica



## DIABETE MELLITO TIPO 2

Area Metabolica



## EPILESSIA

Area Neuro-Psichiatrica



## FIBRILLAZIONE ATRIALE

Area Cardiovascolare



## ICTUS-TIA

Area Cardiovascolare



## INSONNIA

Area Neuro-Psichiatrica



## INSUFF. RENALE CRONICA

Area Nefrologica



## IPERTENSIONE

Area Cardiovascolare



## IPERTROFIA PROSTATICA

Area Urologica



## IPOTIROIDISMO

Area Metabolica



## LOMBALGIA

Area Osteomioarticolare e del movimento



## MALATTIA CORONARICA

Area Cardiovascolare



## MRGE

Area Gastroenterologica



## PREVENZIONE CV

Area Cardiovascolare



## PREVENZIONE GI

Area Gastroenterologica



## SCOMPENSO

Area Cardiovascolare



## ULCERA

Area Gastroenterologica





## Dettaglio Indicatore

Analisi Dinamica

Analisi Statica

Codice: AC-SCOMPENSO01

Indicatore: Prevalenza Scompenso cardiaco

Descrizione: Prevalenza Scompenso cardiaco

Area: Cardiovascolare

Tipo indicatore: Processo

Il dato personale è confrontato con HS: 1,10% con il LAP: 1,5% e con l'Ideale:

legenda

Personale	Distribuzione del valore dell'indicatore personale per anno
HS (Health Search)	Mediana dei valori aggiornati a Dicembre 2014, effettuata su 800 medici ricercatori selezionati attraverso la validazione interna
LAP	Livello minimo ma comunque accettabile di raggiungimento di un obiettivo. Esso può non coincidere con l'obiettivo ottimale, ma è certamente più realistico poiché tiene conto delle molte variabili, condizioni o problemi che si riscontrano nella pratica clinica
Ideale o Golden Standard	Livello ottimale di performance. È quanto di meglio si possa fare all'interno di un determinato obiettivo di salute anche se esso può apparire molto spesso difficilmente raggiungibile. È dunque un obiettivo ideale anche se "non impossibile"





### Come si fa?

- AUDIT CLINICO - Analisi Sintetica**  
Gestisci le patologie croniche dei tuoi pazienti
- SOGGETTI A RISCHIO DM2**  
Verifica i soggetti a rischio per DM2
- PRESA IN CARICO ASMA**  
Valuta la presa in carico dei pazienti con ASMA
- PRESA IN CARICO ICTUS-TIA**  
Valuta la presa in carico dei pazienti con ICTUS-TIA
- PRESA IN CARICO IPERTENSIONE**  
Valuta la presa in carico dei pazienti con IPERTENSIONE
- PRESA IN CARICO IPOTIROIDISMO**  
Valuta la presa in carico dei pazienti con IPOTIROIDISMO
- PRESA IN CARICO MAL-COR**  
Valuta la presa in carico dei pazienti con MALATTIA CORONARICA
- PRESA IN CARICO SCOMPENSO**  
Valuta la presa in carico dei pazienti con SCOMPENSO CARDIACO
- TARGET TERAPEUTICI DM2**  
Monitora il raggiungimento dei target nei pazienti con DM2
- TARGET TERAPEUTICI ICTUS-TIA**  
Monitora il raggiungimento dei target nei pazienti con ICTUS-TIA
- TARGET TERAPEUTICI IPERTENSIONE**  
Monitora il raggiungimento dei target nei pazienti con IPERTENSIONE
- TARGET TERAPEUTICI MAL-COR**  
Monitora il raggiungimento dei target nei pazienti con MALATTIA CORONARICA
- APPR.ZZA PRESCRIZIONE STATINE**  
Verifica Appropriattezza e Aderenza dei pazienti ad alto Rischio CV
- GESTIONE PAZIENTI CON MRGE**  
Verifica la gestione dei pazienti con MRGE e problemi correlati
- GESTIONE DEL PROBLEMA FUMO**  
Verifica lo stato dell'arte circa il problema 'fumo'

### Video Guide



## Sapevi che...

Puoi verificare l'entità della presa in carico dei tuoi pazienti con Scompensio Cardiaco (focus su indicatori di processo).



## Audit Clinico

Codice	Indicatore	Personale	PS	LAP	Ideale	HS	Azione
AC-SCOMPENSO03	Pazienti con diagnosi di Scompensio cardiaco con almeno una prescrizione di ACE-Inibitori/Sartani (ATC: C09%) (ultimi 12 mesi)	78.18%		70%	90%	66.7%	<a href="#">Dettaglio</a>
AC-SCOMPENSO04	Pazienti con diagnosi di Scompensio cardiaco con almeno una prescrizione di beta-bloccanti (C07%) (ultimi 12 mesi)	56.36%		50%	70%	56.5%	<a href="#">Dettaglio</a>
AC-SCOMPENSO05	Pazienti con diagnosi di Scompensio cardiaco e Fibrillazione Atriale con almeno una prescrizione di TAO-NAO (ATC: B01AA%, B01AC%, B01AE%, B01AF%) (ultimi 12 mesi)	93.75%		70%	90%	92.9%	<a href="#">Dettaglio</a>

## Dettaglio Indicatore

Analisi Dinamica

Analisi Statica

Codice: AC-SCOMPENSO03

Indicatore: Terapia con Ace- Inibitori/Sartani (ultimi 12 mesi)

Descrizione: Pazienti con diagnosi di Scompenso cardiaco con almeno una prescrizione di ACE-Inibitori/Sartani (ATC: C09%) (ultimi 12 mesi)

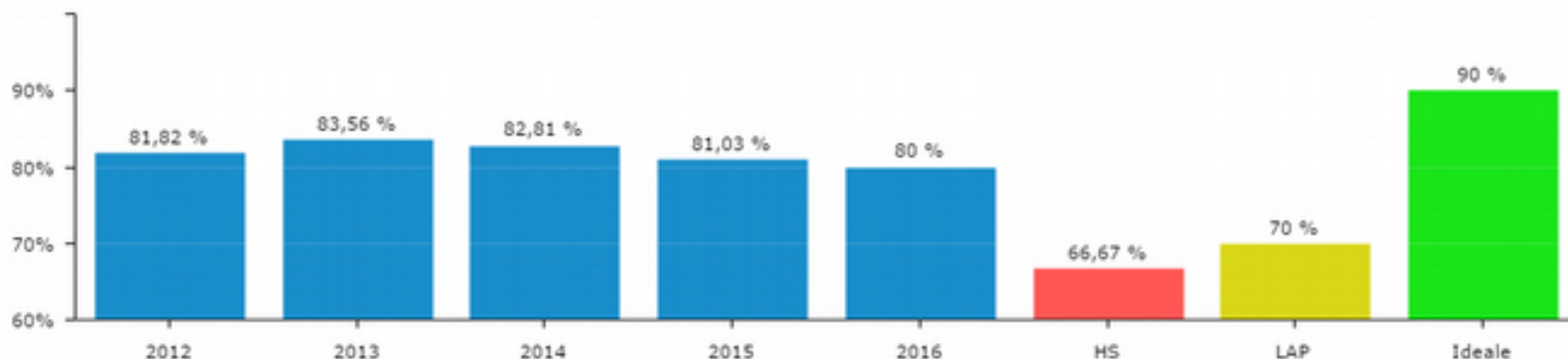
Area: Cardiovascolare

Tipo indicatore: Appropriatezza terapeutica

Il dato personale è confrontato con HS: 66,67% con il LAP: 70% e con l'Ideale: 90%

legenda

Personale	Distribuzione del valore dell'indicatore personale per anno
HS (Health Search)	Mediana dei valori aggiornati a Dicembre 2014, effettuata su 800 medici ricercatori selezionati attraverso la validazione interna
LAP	Livello minimo ma comunque accettabile di raggiungimento di un obiettivo. Esso può non coincidere con l'obiettivo ottimale, ma è certamente più realistico poiché tiene conto delle molte variabili, condizioni o problemi che si riscontrano nella pratica clinica
Ideale o Golden Standard	Livello ottimale di performance. È quanto di meglio si possa fare all'interno di un determinato obiettivo di salute anche se esso può apparire molto spesso difficilmente raggiungibile. È dunque un obiettivo ideale anche se "non impossibile"



Confronto dello storico personale

## Dettaglio Indicatore

## Analisi Dinamica

## Analisi Statica

Codice: AC-SCOMPENSO04

Indicatore: Terapia con beta-bloccanti (ultimi 12 mesi)

Descrizione: Pazienti con diagnosi di Scompenso cardiaco con almeno una prescrizione di beta-bloccanti (C07%) (ultimi 12 mesi)

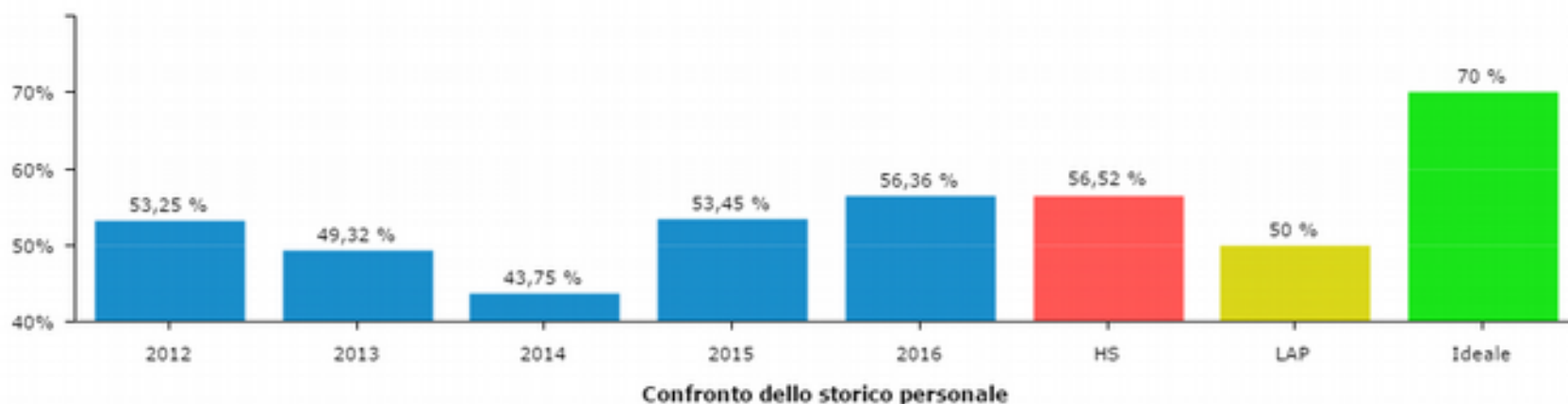
Area: Cardiovascolare

Tipo indicatore: Appropriatezza terapeutica

Il dato personale è confrontato con HS: 56,52% con il LAP: 50% e con l'Ideale: 70%

legenda

Personale	Distribuzione del valore dell'indicatore personale per anno
HS (Health Search)	Mediana dei valori aggiornati a Dicembre 2014, effettuata su 800 medici ricercatori selezionati attraverso la validazione interna
LAP	Livello minimo ma comunque accettabile di raggiungimento di un obiettivo. Esso può non coincidere con l'obiettivo ottimale, ma è certamente più realistico poiché tiene conto delle molte variabili, condizioni o problemi che si riscontrano nella pratica clinica
Ideale o Golden Standard	Livello ottimale di performance. È quanto di meglio si possa fare all'interno di un determinato obiettivo di salute anche se esso può apparire molto spesso difficilmente raggiungibile. È dunque un obiettivo ideale anche se "non impossibile"



### PAZIENTI CON CRITICITÀ

Identificazione e risoluzione delle principali criticità gestionali delle cronicità.

- 🔒 **Rischio Farmacologico**
- 📄 **Alto Rischio Cardiovascolare**
- 🗂️ **Gestione Pazienti in TAO**
- 📊 **Analisi per Problema**

🔔 **1 paz.**, con amiodarone senza TSH  
 📄 **14 paz.**, da valutare per Statine o Fibrati  
 🗂️ **31 paz.**, da valutare per terapia TAO/NAO



### APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA




### PREVENZIONE E VACCINI



### CARTE DEL RISCHIO



### OTTIMIZZA LA CARTELLA



### AUDIT PERSONALE

Valutazione delle principali patologie croniche.



### AUDIT GRUPPO

Valutazione e confronto con il gruppo.



### AUDIT PROGETTI

Progetti di Audit Locali e Nazionali.



### ACCORDI

Indicatori degli Accordi/Contratti Aziendali e AIR.




**GPGNETWORK**  
Accedi al portale GPGNetwork.



Obiettivo del modulo è ottimizzare l'assistenza medica dei malati affetti da patologie cardiovascolari ed evidenziare le criticità negli interventi preventivi.



Codice	Indicatore	Totale	Elenco
RC-ARCV01	Pazienti ad Alto Rischio CV	331 su 1504	<a href="#">Pazienti con criticità</a>
RC-ARCV02	Pazienti ad Alto Rischio CV senza registrazione fumo	7 su 331	<a href="#">Pazienti con criticità</a>
RC-ARCV03	Pazienti ad Alto Rischio CV e fumatori	9 su 331	<a href="#">Pazienti con criticità</a>
RC-ARCV04	Pazienti ad Alto Rischio CV senza registrazione PA negli ultimi 12 mesi	138 su 331	<a href="#">Pazienti con criticità</a>
RC-ARCV05	Pazienti ad Alto Rischio CV con ultimo valore di PA > 140/90 negli ultimi 12 mesi	97 su 331	<a href="#">Pazienti con criticità</a>
RC-ARCV06	Pazienti ad Alto Rischio CV senza registrazione colesterolo LDL (senza limiti di tempo)	32 su 331	<a href="#">Pazienti con criticità</a>
RC-ARCV07	Pazienti ad Alto Rischio CV con ultimo valore di colesterolo LDL > 2,59 mmol/l (> 100 mg/dl) (senza limiti di tempo)	174 su 331	<a href="#">Pazienti con criticità</a>
RC-ARCV08	Pazienti ad Alto Rischio CV non in terapia con ACE/sartani	74 su 331	<a href="#">Pazienti con criticità</a>
RC-ARCV09	Pazienti ad Alto Rischio CV con ultimo valore PA >140/90 negli ultimi 12 mesi con terapia antipertensiva < 3 molecole	77 su 331	<a href="#">Pazienti con criticità</a>
RC-ARCV10	Pazienti ad Alto Rischio CV con ultimo valore di colesterolo LDL > 2,59 mmol/l (> 100 mg/dl) negli ultimi 12 mesi, senza terapia con antidislipidemi	85 su 331	<a href="#">Pazienti con criticità</a>

Alto Rischio Cardio

## Elenco Pazienti



Cognome

AB

Fa

AB

AC

A

Car

AH

AL

Ges

AN

AN

AN

AV

AV

BA

BA

BA

BA

BA

BA

BA

## Avvisi Millewin

## Elenco pazienti



Questa scheda permette di inserire o cancellare il seguente avviso in Millewin

## Avviso:

RC-ARCV01 - Pazienti ad Alto Rischio CV

<a href="#">Tutti</a>	Cognome	Nome	Nascita	Sesso	Età
<a href="#">Nessuno</a>					
<input type="checkbox"/>	ABE	PAOLO	26/01/1956	M	61
<input type="checkbox"/>	ABD	SALWA	02/02/1965	F	52
<input type="checkbox"/>	ACE	CONCETTA	29/01/1964	F	53
<input type="checkbox"/>	AHM	SANZIDA	01/01/1980	F	37
<input type="checkbox"/>	ALE	GIUSEPPE	02/03/1930	M	87
<input type="checkbox"/>	AMI	CLEMENTINA	28/01/1927	F	90
<input type="checkbox"/>	AND	DANIELLE	16/04/1949	F	68
<input type="checkbox"/>	ANC	ALBERTO	04/07/1942	M	75
<input type="checkbox"/>	AVE	ANGELA MARIA	25/04/1925	F	92
<input type="checkbox"/>	AVE	FELICE	05/05/1937	M	80
<input type="checkbox"/>	BAR	GIUSEPPE	16/05/1929	M	88
<input type="checkbox"/>	BAR	CORRADO	07/02/1965	M	52
<input type="checkbox"/>	BAR	MIRELLA	10/02/1935	F	82
<input type="checkbox"/>	BAS	SILVIA	12/03/1947	F	70
<input type="checkbox"/>	BEC	RUKSHANA	01/10/1963	F	54



Cancella Avviso



Inserisci Avviso



Chiudi

Nascita	Sesso	Età
26/01/1956	M	61
02/02/1965	F	52
29/01/1964	F	53
01/01/1980	F	37
02/03/1930	M	87
28/01/1927	F	90
16/04/1949	F	68
04/07/1942	M	75
25/04/1925	F	92
05/05/1937	M	80
16/05/1929	M	88
07/02/1965	M	52
10/02/1935	F	82
12/03/1947	F	70



Visualizza

Esporta

Cerca

Chiudi





**MODELLI PREDITTIVI**
**CARTE DEL RISCHIO****Rischio Cardiovascolare ESC-SCORE**

La misura del Rischio Cardiovascolare attraverso la carta del rischio ESC SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) stima la probabilità di avere un evento CV fatale nei successivi 10 anni, mediante l'analisi dei 5 fattori di rischio: sesso, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

**SIMULAZIONE SCENARI****Rischio Cardiovascolare ESC-SCORE**

Il modello di simulazione è un importante strumento che consente di valutare, rispetto ai propri assistiti, il rischio di incidenza degli eventi CV a 10 anni. Attraverso la selezione dei parametri (colesterolo totale e pressione sistolica) si possono valutare gli effetti di una mirata azione di intervento, sia in termini di eventi attesi che di eventi evitati.

**Pressione Arteriosa sistolica ed eventi Cardiovascolari**

Il modulo utilizzando i risultati combinati ("pooling") di 24 trial, consente di simulare gli effetti (in termini di riduzione degli eventi CV) dell'appropriata cura antipertensiva anche in funzione dell'aderenza alla terapia stessa.

**Colesterolo LDL ed eventi Cardiovascolari**

Il modulo, basandosi su una metanalisi di 14 trials, permette di calcolare i risultati che un appropriato trattamento con statine dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare (prevenzione secondaria) in grado di portare a target il C-LDL indurrebbe in termini di riduzione di eventi (mortalità CV, infarto, stroke), calcolando i relativi NNT (Number Needed to Treat).

**Compenso Metabolico nel Diabete Mellito di Tipo 2**

Il modulo, basandosi sui risultati di uno studio scientifico osservazionale accreditato (UKPDS 35), permette di calcolare i risultati che un appropriato trattamento farmacologico dei pazienti diabetici indurrebbe in termini di riduzione di eventi (mortalità, eventi CV, ecc.) calcolando i relativi NNT (Number Needed to Treat).



Carta del Rischio

Rischio CV ESC-SCORE

Simulazioni

Rischio CV ESC-SCORE

PA ed Eventi CV

Col. LDL ed eventi CV

Compenso Metabolico D.M. 2



Il modello di simulazione è un importante strumento che consente di valutare, rispetto ai propri assistiti, il rischio di incidenza degli eventi CV a 10 anni. Attraverso la selezione dei parametri (colesterolo totale e pressione sistolica) si possono valutare gli effetti di una mirata azione di intervento, sia in termini di eventi attesi che di eventi evitati. Con tale procedura si possono confrontare ipotesi alternative di intervento al fine di individuare il risultato ottimale sia in termini clinici che di consumo di risorse.

Valori personali

Eventi attesi: **9**, Colesterolo Totale Medio: **5 mmol/l (193 mg/dl)**, Pressione Sistolica Media: **130 mmHg**

Imposta entrambi i Target di Intervento nei parametri dei pazienti

Colesterolo Totale

- 4 mmol/l  
(154 mg/dl)
- 5 mmol/l  
(193 mg/dl)
- 6 mmol/l  
(232 mg/dl)
- 7 mmol/l  
(270 mg/dl)
- 8 mmol/l  
(309 mg/dl)

Pressione Sistolica

- 120mmHg
- 125mmHg
- 130 mmHg
- 135 mmHg
- 140 mmHg

Eventi attesi a 10 anni INFO

**6**

Eventi evitati a 10 anni INFO


**2**

Eventi non evitati a 10 anni INFO

**4**

NNT (Number Needed to Treat) INFO

**2**



Ma per combattere  
lo Scompenso Cardiaco  
serve un'alleanza sempre più  
forte tra  
Medici e Pazienti



**Associazione no profit**

**Tel. +39 338 747 3575**

**06 542 202 96**

**Fax 06 59 26 621**

**Email: [segreteria@associazioneaisc.org](mailto:segreteria@associazioneaisc.org)**

**[www.associazioneaisc.org](http://www.associazioneaisc.org)**

C.F. 97798350589 - P.IVA 12956951003

Sede Legale: Via della Meloria 37 - 00136 Roma

Sede Operativa: Viale Pasteur 77 - 00144 Roma





Studio Medico Mirti

Lo Studio Medico Mirti  
è un centro AISC

**AISC**  
Associazione Italiana  
Scompensati Cardiaci

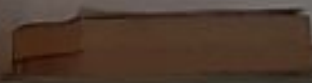
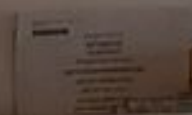
«La vendetta di un uomo tranquillo», un western contemporaneo. E altri 15 film da non perdere nei 4 weekend  
Il film di esordio di Paul Avelino con Truffaut e Peckinpah.  
Fonte: Centro della Sera

**A00**  
Segreteria 1

**A00**  
Segreteria 1

**A00**  
Segreteria 1

**A00**  
Segreteria 1





## Lo scompenso cardiaco è..



Una condizione clinica legata all'incapacità del cuore di pompare in modo efficace il sangue in circolo, con conseguente riduzione dell'apporto di ossigeno ai diversi organi.

I sintomi dello scompenso cardiaco influiscono sulle attività che il soggetto è in grado di svolgere quotidianamente e compromettono in modo più o meno grave l'attività fisica.



Da Mel Gibson a Justin Bieber. Quando la star finisce dietro le sbarre - Non sempre le celebrities conquistano le prime pagine per le loro imprese artistiche. Ecco una serie di vip a processo. Depp è stato arrestato per aver introdotto il...

**A00**

Segreteria 1

**A00**

Segreteria 1

**A00**

Segreteria 1

**A00**

Segreteria 1





**AISC9**  
Associazione Italiana  
Scompensati Cardiaci

ASSOCIAZIONE NO PROFIT DI PAZIENTI  
[www.associazioneaisc.org](http://www.associazioneaisc.org)  
Tel. +39.338.7473575

**COMPENSO CARDIACO**  
Conoscerlo  
Prevenirlo  
Curarlo



VIETATO FUMARE

Dott.ssa COPPETA

Dott.ssa PESCOMILIDO

AVVISO IMPORTANTE



**A.C.S.A.**  
ONLUS

ASSOCIAZIONE INTERREGIONALE  
CARDIOLOGI E SPECIALISTI  
MEDICI AMBULATORIALI



**CENTRO IPERTENSIONE**

UOC Medicina d'Urgenza  
Ospedale M. G. Vannini



**IX CONGRESSO  
NAZIONALE ACSA**

**IRITMI DELLA  
VITA**

**6 e 7 APRILE 2018**

Auditorium Ospedale G. Vannini  
Via di Acqua Bullicante, 4 - Roma

# Grazie!

Biagio Valente