

## La continuità assistenziale e terapeutica nei pazienti dopo infarto miocardico

**Pier Luigi Temporelli\*, Alessandro Filippi\*\***

IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Divisione di Cardiologia Riabilitativa, Casa di Cura Major, Torino;

\*\* Responsabile Area Cardiovascolare, SIMG

### Introduzione

I costanti progressi compiuti nel trattamento della fase acuta dell'infarto miocardico (IMA) hanno determinato una consistente riduzione della mortalità intra-ospedaliera e un progressivo aumento del numero dei pazienti post-infartuati. Di fatto, numerosi studi clinici randomizzati su larga scala hanno reso possibile la definizione di strategie innovative di trattamento in fase acuta, su tutte la fibrinolisi e l'interventistica percutanea, in grado di aumentare sia la sopravvivenza sia la qualità di vita dei pazienti con IMA. Per non vanificare nel breve-medio termine i risultati di tali interventi è necessario tuttavia garantire ai pazienti una altrettanto efficace continuità terapeutica e assistenziale dopo la dimissione dalla fase acuta, anche nell'ottica di un uso razionale delle risorse. Purtroppo, in tale ambito le strategie non sono altrettanto definite e soprattutto non altrettanto ben implementate.

### Continuità e aderenza terapeutica

Un primo elemento fondamentale per favorire la continuità assistenziale e l'aderenza terapeutica è costituito dalla lettera di dimissione dalla fase ospedaliera. Una "buona" lettera di dimissione orientata alla prevenzione secondaria dovrebbe soddisfare alcuni requisiti irrinunciabili che includono:

- informazione completa per il medico di medicina generale (MMG) relativa al ricovero in Unità Terapia Intensiva Coronarica/Cardiologia;
- definizione accurata del rischio del paziente;
- pianificazione del follow-up post-dimissione.

Il tutto può essere sintetizzato e incorporato in un'ideale lettera di dimissione che includa:

- diagnosi precisa e sintesi della storia clinica del paziente, iter diagnostico-terapeutico espletato e patologie concomitanti;
- descrizione chiara del rischio del paziente dimesso dopo IMA e riaffidato al MMG;
- evidenziazione sintetica dei fattori di rischio identificati;
- terapia farmacologica con istruzioni per l'ottimizzazione;
- indicazioni comportamentali per un'efficace correzione di stili di vita alterati;

- programmazione primo controllo cardiologico post-dimissione e indicazioni per il follow-up successivo.

Nella pratica quotidiana, purtroppo, la frenesia della gestione dell'acuzie fa sì che il momento della dimissione sia spesso gestito frettolosamente dal medico di reparto e mal vissuto dal paziente che non riesce a raccogliere in quel poco tempo concessogli tutte le importanti informazioni necessarie in merito alla terapia e al suo significato, allo stile di vita e alla necessità di futuri controlli<sup>1</sup>.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, è stato ampiamente dimostrato come, dopo un evento coronarico acuto, la regolare assunzione di farmaci definiti "salvavita" sia in grado di migliorare significativamente la prognosi. In particolare, l'assunzione di antiaggreganti piastrinici, beta-bloccanti, ACE-inibitori e statine sarebbe sulla carta in grado di ridurre del 75% la probabilità di recidive cardiovascolari<sup>2</sup>. L'ulteriore aggiunta di acidi grassi polinsaturi (PUFA-n-3) ridurrebbe ulteriormente il rischio portandolo a un livello pari all'80-85%. Le linee guida internazionali, di conseguenza, raccomandano l'uso regolare di tali farmaci in prevenzione secondaria. Nella realtà è noto tuttavia che tali farmaci non vengono regolarmente prescritti in modo adeguato, e anche qualora prescritti spesso non vengono assunti o vengono abbandonati dai pazienti per ragioni svariate<sup>3</sup>.

Da una *survey* nazionale condotta da medici della Medicina Primaria è emerso che la prescrizione delle terapie raccomandate nei soggetti con pregresso IMA è aumentata dal 2001 al 2006 ma rimane largamente sottodimensionata anche nel confronto con altre esperienze europee e statunitensi. Particolarmente rilevante appare la scarsa utilizzazione dei beta-bloccanti e delle statine. La percentuale di pazienti che seguiva il trattamento per tutti i 5 anni esaminati è risultata del 16% per i beta-bloccanti, del 41% per gli anti-aggreganti, del 36% per gli ACE-inibitori (o sartani) e del 13% per le statine<sup>4</sup>.

Inoltre, anche la continuità terapeutica è decisamente subottimale e sembra riguardare principalmente il primo anno dopo l'evento, contribuendo in maniera negativa al grosso problema della non-aderenza farmacologica.

L'aderenza alle prescrizioni farmacologiche rappresenta un comportamento individuale che comprende:

- assunzione dei farmaci nelle dosi e nei tempi indicati dal medico (posologia corretta);
- persistenza terapeutica, ossia prosecuzione della cura per il periodo di tempo consigliato dal medico.

In generale, per la non-aderenza si distinguono diversi possibili fattori etiologici:

*fattori individuali, legati al paziente* (attitudini, abitudini, convinzioni, contesto socio-economico);

*fattori legati al prescrittore* (competenza, conoscenza, attitudini, convinzioni, contesto professionale);

*fattori inerenti il sistema sanitario di riferimento* (accessibilità ed equità delle cure)<sup>5</sup>.

Da registri internazionali su ampie popolazioni è emerso chiaramente l'impatto dell'interruzione delle *evidence-based medical therapies* sulla prognosi clinica dopo IMA: la sospensione della terapia con aspirina, clopidogrel e beta-bloccanti raddoppia il rischio di mortalità, che è triplicato in caso di sospensione di statine<sup>3</sup>.

Nell'ambito dell'aderenza terapeutica, un capitolo a sé è rappresentato dalla corretta assunzione della doppia antiaggregazione dopo interventistica percutanea coronarica o dopo sindrome coronarica acuta (SCA). L'introduzione dello stent espandibile su palloncino ha determinato una notevole e rapida diffusione delle procedure interventistiche percutanee che hanno permesso di migliorare la mortalità dopo SCA e nello stesso tempo di ridurre la restenosi tardiva rispetto all'angioplastica con il solo catetere a palloncino. Il problema della restenosi, sebbene ridotto, non è stato in realtà abolito con l'impianto di stent metallici (*Bare Metal Stents* [BMS]); in alcune casistiche è stata infatti riportata una percentuale di restenosi fino al 40%. Allo scopo di prevenire la restenosi sono stati introdotti nella pratica clinica i *Drug Eluting Stents* (DES), o stent medicati. Studi randomizzati e metanalisi hanno dimostrato una straordinaria efficacia di questi "device" nel ridurre la restenosi angiografica e clinica<sup>6</sup>. Nonostante tali indiscussi effetti favorevoli, sono con il tempo emersi anche alcuni limiti dei DES, su tutti il rischio di trombosi tardive, fino a un anno di distanza dall'impianto. La trombosi intra-stent si verifica, nella maggior parte dei casi, nel primo mese che segue l'impianto (trombosi sub-acuta). Tuttavia, sono stati descritti numerosi casi di trombosi tardiva, in particolare in pazienti portatori di DES, verificatisi dopo mesi o addirittura più di un anno dall'impianto del device. Nella maggior parte dei casi, la trombosi intra-stent è un evento catastrofico, in grado di portare a morte il paziente. Per prevenire il fenomeno della trombosi intra-stent è ormai associato che è necessaria la doppia antiaggregazione con aspirina e una tienopiridina (clopidogrel come prima scelta o ticlopidina in alternativa), con una durata del trattamento che varia da un mese per il BMS fino a un anno per il DES. Va sottolineata la fondamentale importanza di evitare la sospensione della doppia antiaggregazione, proprio perché, sulla base dei dati disponibili, la trombosi intra-stent si è verificata in un'elevata percentuale in pazienti che avevano sospeso prematuramente o arbitrariamente uno o entrambi i farmaci antiplastrinici<sup>7,8</sup>. Un altro contesto nel

quale la combinazione di clopidogrel e aspirina si è dimostrata efficace nel ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari ischemici è quello dell'IMA senza elevazione del tratto ST (*Non-ST Elevation Myocardial Infarction* [NSTEMI]). Di conseguenza, le linee guida dell'*European Society of Cardiology* e dell'*American College of Cardiology/American Heart Association*<sup>9</sup> raccomandano la terapia combinata di aspirina e clopidogrel per il trattamento medico di pazienti con SCA NSTEMI per almeno un anno dopo l'evento. Sia per questi pazienti sia per quelli con recente impianto di stent le evidenze in letteratura sono state recepite nel nuovo piano terapeutico per la prescrizione del clopidogrel pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 20 marzo 2009.

Come sopra riportato, la prematura interruzione della duplice antiaggregazione va assolutamente scoraggiata, a meno di elevato rischio di sanguinamento. Fattori che contribuiscono alla prematura interruzione della duplice antiaggregazione, in particolare del clopidogrel, includono il consiglio al paziente da parte del dentista o dello specialista non cardiologo prima di procedure diagnostiche o chirurgiche mini-invasive, l'inadeguata educazione del paziente o la limitata comprensione dell'importanza di una terapia continuativa. La terapia anti-piastrinica potrebbe essere interrotta su consiglio del medico, del dentista o di altre figure sanitarie che devono eseguire una procedura invasiva sul paziente, in quanto preoccupati dal possibile sanguinamento visto che la duplice terapia anti-piastrinica ne aumenta il rischio. In realtà, la chirurgia minore, le indagini endoscopiche gastrointestinali senza necessità di biopsie e la singola estrazione dentaria possono essere condotte senza nessuno o con minimo rischio di sanguinamenti in soggetti senza pre-esistenti disturbi emorragici anche in corso di duplice antiaggregazione<sup>10</sup>. Nel primo mese dopo impianto di BMS e nel primo anno dopo DES le procedure endoscopiche elettive ad alto rischio emorragico, quali ad esempio la polipectomia o la sfinterectomia, o procedure odontoiatriche multiple e complesse dovrebbero essere differite al termine del periodo della duplice terapia anti-piastrinica e comunque, qualora non differibili, l'assunzione della sola aspirina può essere mantenuta nella grande maggioranza dei casi. Nelle altre situazioni che richiedono l'assunzione della duplice terapia, ad esempio in pazienti con angina instabile o infarto NSTEMI, essendo il rischio trombotico inferiore a quello emorragico il clopidogrel può essere sospeso 5-7 giorni prima della procedura e ripreso il più presto possibile, ferma restando l'assunzione di aspirina.

Diverso è il caso di interventi non differibili di chirurgia maggiore, incluso il bypass aorto-coronarico, per i quali viene raccomandata la sospensione di clopidogrel 5 giorni prima dell'intervento, sempre mantenendo l'aspirina a meno di rischio emorragico veramente elevato<sup>11</sup>. Non ci sono evidenze scientifiche a favore dell'uso di eparina come alternativa al clopidogrel durante la breve sospensione.

Una strategia sicuramente efficace per evitare l'interruzione prematura della terapia con clopidogrel consiste nella verifica da parte del cardiologo, prima dell'impianto di uno stent, della possi-

bilità da parte del paziente di proseguire tale terapia per 12 mesi; in caso contrario, deve essere evitato l'impianto di DES.

Un altro contesto nel quale, alla luce di recenti evidenze, l'aderenza terapeutica ad adeguati dosaggi farmacologici è fondamentale perché si traduce in un beneficio prognostico già nel breve termine è quello dell'utilizzo di alte dosi di statina (su tutte atorvastatina 80 mg) nei pazienti con sindrome coronarica acuta, specie se trattati con interventistica percutanea. In questo setting, l'alto dosaggio di statina per i primi 3 mesi dopo l'evento è finalizzato all'effetto antinfiammatorio e antitrombotico, e non più semplicemente alla riduzione del colesterolo, che solo dopo questa fase iniziale deve essere utilizzato come target terapeutico con i *cut-off* da raggiungere ben noti e basati sul profilo di rischio individuale. Accanto alla raccomandazione dei farmaci "salvavita", le linee guida internazionali recitano anche chiaramente che al di là e prima di ogni intervento farmacologico in prevenzione secondaria è fondamentale adottare un corretto stile di vita finalizzato all'effettiva modifica dei fattori di rischio cardiovascolare.

Appare quindi fondamentale che un corretto messaggio in merito all'aderenza alla terapia prescritta e alle norme comportamentali sia fornito a tutti i pazienti cardiopatici ischemici già nella fase acuta dell'evento, e che venga poi rinforzato periodicamente dagli operatori sanitari che interfacciano i pazienti nella fase cronica della malattia. In tale percorso si inseriscono i servizi degenziali o ambulatoriali della Cardiologia Riabilitativa che fanno spesso da tramite tra ospedale e territorio e di cui si parlerà più avanti.

### Identificare i segni d'instabilità clinica: l'educazione del paziente e dei familiari

Anche se i cardiopatici reduci da un evento coronarico acuto sono disponibili ad accettare nuove abitudini di vita, queste non sono mantenute nel lungo periodo in carenza di un efficace programma educativo, un'assistenza esperta da parte del cardiologo, un sostegno della famiglia e un rinforzo delle nuove abitudini acquisite.

Per raggiungere molti di questi obiettivi un ruolo primario è senza dubbio costituito da un buon rapporto medico-paziente. Se il paziente è motivato e in buone condizioni cliniche, il programma educativo deve avere inizio già durante il ricovero della fase acuta. Gli argomenti da trattare devono essere selezionati e l'apprendimento periodicamente rivalutato con sistemi interattivi. I programmi, inoltre, devono essere commisurati alla cultura dei pazienti: si possono dunque utilizzare materiali a stampa o visivi (videocassette, CD rom, interattivi), sistemi computerizzati interattivi o interventi di gruppo.

In particolare, l'intervento educativo deve prevedere anche l'autogestione clinica: ad esempio il controllo della frequenza e del ritmo del polso, l'automisurazione della pressione arteriosa, il riconoscimento di segni o sintomi di deterioramento funzionale e dei sintomi di allarme (dispnea improvvisa, dolore toracico, palpitazione ecc.) e il comportamento da tenere in queste situazio-

ni, l'uso corretto dei farmaci (modalità di assunzione, interazioni, effetti collaterali ecc.), la minimale conoscenza del significato degli esami di laboratorio essenziali.

La famiglia deve essere coinvolta nel processo educativo, sia perché comprenda l'importanza della malattia, sia perché, in qualsiasi programma di prevenzione secondaria, ne è indispensabile la partecipazione<sup>12</sup>. Il contatto con la famiglia può rivelarsi utile per conoscere indirettamente la situazione del paziente sotto molteplici aspetti. In particolare, la partecipazione della famiglia è raccomandata per le modificazioni delle abitudini alimentari e per l'abolizione del fumo. Infine, il partner e l'intero nucleo familiare dovrebbero essere coinvolti nel programma per il trattamento dell'arresto cardiaco, in quanto fra i tanti sono i più probabili a doverlo praticare.

### L'alleanza specialista, MMG, paziente: l'arma vincente

Quando, dopo un evento coronarico acuto, il paziente torna nel territorio dovrebbe trovare la cosiddetta continuità assistenziale, per la cui corretta definizione esiste una grande confusione. Sono infatti usati come sinonimi: la continuità della cura, il piano di dimissione, il *case management*, l'integrazione dei servizi, il *patient/client-oriented*, le cure condivise e l'*integrated care*. La continuità assistenziale è in buona sostanza un progetto unitario di cura, cioè di presa in carico della persona con la sua malattia, che deve essere personalizzato e multidisciplinare, con il coinvolgimento non solo del personale medico (MMG e specialisti), ma anche di quello non medico. Attualmente un cardiopatico dimesso dall'ospedale ha a sua disposizione 4 opzioni: il suo MMG, lo specialista ambulatoriale convenzionato, l'ambulatorio ospedaliero e il cardiologo personale. Ognuna di queste soluzioni, specie se adottata in modo occasionale o causale, assicura non una cura ma una semplice consulenza incompleta, che spesso non incide sullo stato di salute e sulla prognosi del paziente. La continuità assistenziale, invece, deve passare per un percorso di conoscenza tra i diversi attori, il MMG, lo specialista e l'infermiere, e soprattutto deve realizzare un progetto di salute preordinato, articolato, condiviso e di presa in carico da parte dei servizi sanitari per assicurare al paziente la continuità di un percorso coerente.

La Cardiologia Riabilitativa è sicuramente un mezzo primario per assicurare una continuità assistenziale. La struttura riabilitativa ambulatoriale, ad esempio, in questo contesto ha avuto un ruolo guida perché ha anticipato di molti anni la cultura della cura del cardiopatico cronico e può essere considerata un modello standard per il trattamento globale del cardiopatico cronico<sup>13</sup>. Nell'ambito della Cardiologia Riabilitativa è stato concepito il concetto della cura multidisciplinare, del coinvolgimento delle figure non mediche e della necessità di creare un'"alleanza" tra paziente e operatori sanitari. Solo se si sente al centro del percorso di cura il paziente diventa attore protagonista del suo processo di salute e "alleato" degli operatori sanitari nell'aderire alle raccomandazioni sulla terapia e sullo stile di vita.

Purtroppo, l'esiguità numerica delle strutture, le differenti potenzialità tra strutture con degenza e ambulatoriali, l'insufficienza del personale e il numero crescente di pazienti che necessitano di continuità assistenziale hanno limitato la potenzialità dell'intervento riabilitativo a lungo termine<sup>14</sup>.

Di fatto, quindi, in un'ampia realtà nazionale è lo specialista a rappresentare il terzo vertice di un triangolo che fa capo a un MMG e al paziente. E nell'attuale scenario il territorio ha un vuoto cardiologico, una scarsa dotazione strumentale ed è privo di un organico strutturato, limitato spesso alla presenza del singolo specialista, scollegato dall'ospedale. Il problema della continuità assistenziale è dunque molto complesso e richiede da parte delle associazioni culturali e del legislatore un ripensamento e uno sforzo diretti ad assicurare una più razionale organizzazione dell'assistenza territoriale che abbia come obiettivo principale il paziente con la sua malattia.

## Indicatori e standard di qualità come garanzia per il paziente e per il medico

Come già detto, l'utilizzo dei provvedimenti preventivi dopo infarto miocardico non è ottimale, ed è necessario un importante e rapido miglioramento. Uno strumento indispensabile in questo campo è la verifica di qualità del proprio operato professionale. In questo senso, di grande utilità sono gli indicatori e gli standard qualitativi. Gli indicatori si riferiscono ad aspetti assolutamente essenziali per la buona pratica clinica (ad esempio, uso di antiaggreganti piastri- nici dopo l'infarto miocardico), mentre gli standard riferiti all'indicatore indicano il livello minimo considerato accettabile o il livello ideale da raggiungere. Indicatori e standard sono disponibili sia per l'ospedale (riferiti alle procedure, alle terapie, alla qualità della lettera di dimissione, ecc.), sia per il territorio (riferiti al follow-up e alle terapie); è possibile consultare i siti delle società scientifiche di riferimento per consultare i documenti in proposito. Gli attuali sistemi informatici consentono di ottenere in modo automatico queste informazioni, permettendo di verificare immediatamente i punti critici e porre rimedio. È evidente come l'uso periodico di questi sistemi rappresenti una garanzia della qualità delle cure per i pazienti e una protezione nei confronti degli errori professionali per il medico. L'uso di questi strumenti e, eventualmente, l'incentivazione economica per il raggiungimento e il mantenimento di risultati ottimali andrebbe incoraggiato e sostenuto.

## Conclusioni

I grandi progressi ottenuti nella gestione della fase acuta dell'infarto miocardico possono essere mantenuti nel tempo solo con l'utilizzo pieno e costante dei provvedimenti preventivi farmacologici e non farmacologici.

In questo campo esistono gravi carenze che possono essere superate solo con un modello organizzativo da implementare a livello di ospedale, di Medicina Generale e nelle procedure di collaborazione ospedale-territorio.

Esiste un ampio consenso tra le società scientifiche, che hanno elaborato strumenti organizzativi e informatici in grado di facilitare e supportare la gestione dei pazienti dopo infarto miocardico acuto.

L'adozione di questi modelli organizzativi e di procedure di verifica di qualità dovrebbero essere incentivate e sostenute dai responsabili politici e amministrativi.

## Bibliografia

- 1 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. *Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. Implications for patient safety and continuity of care.* JAMA 2007;297:831-41.
- 2 Yusuf S. *Two decades of progress in preventing vascular disease.* Lancet 2002;360:2-3.
- 3 Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, et al. *Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction.* Arch Intern Med 2006;166:1842-7.
- 4 Filippi A, D'Ambrosio G, Giustini SE, et al. *Pharmacological treatment after acute myocardial infarction from 2001 to 2006: a survey in Italian primary care.* J Cardiovasc Med 2009;10:714-8.
- 5 Heidenreich PA. *Patient adherence: the next frontier in quality improvement.* Am J Med 2004;117:130-2.
- 6 Kastrati A, Mehilli J, Pache J, et al. *Analysis of 14 trials comparing sirolimus-eluting stents with bare-metal stents.* N Engl J Med 2007;356:1030-9.
- 7 Eisenstein EL, Anstrom KJ, Kong DF, et al. *Clopidogrel use and long-term clinical outcomes after drug-eluting stent implantation.* JAMA 2007;297:159-68.
- 8 Pfisterer M, Brunner-LaRocca HP, Buser PT, et al; for the BASKET-LATE Investigators. *Late clinical events after clopidogrel discontinuation may limit the benefit of drug-eluting stents.* J Am Coll Cardiol 2006;48:2584-91.
- 9 Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. *ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction).* J Am Coll Cardiol 2007;50:e1-157.
- 10 Kwok A, Faigel DO. *Management of anticoagulation before and after gastrointestinal endoscopy.* Am J Gastroenterol 2009;104:3085-97.
- 11 Poldermans D, Bax JJ, Boersma E, et al. *Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non cardiac surgery.* Eur Heart J 2009;30:2769-812.
- 12 Giannuzzi P, Temporell PL, Marchioli R, et al. *Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction. Results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network.* Arch Intern Med 2008;168:2194-204.
- 13 Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, et al. *Secondary prevention through cardiac rehabilitation: position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology.* Eur Heart J 2003;24:1273-8.
- 14 Scardi S. *Le risorse della cardiologia riabilitativa.* Monaldi Arch Chest Dis 2006;66:129-32.

### La dimissione

#### La lettera

- Degenza: elementi essenziali e “comprensibili” su diagnosi e terapie effettuate
- Fattori di rischio modificabili e obiettivi da raggiungere
- Terapia consigliata ed eventuale modalità di ottimizzazione nelle settimane successive
- Livello di rischio del paziente
- Prossimo controllo cardiologico e schema di follow-up proposto

#### Coinvolgimento del paziente

- Colloquio pre-dimissione
- Consegna di materiale scritto (preferibilmente condiviso con il territorio)

#### Aspetti “burocratici”

- Certificazioni per eventuali esenzioni
- Piani terapeutici, se necessari

### Le caratteristiche di un buon Piano Diagnostico Terapeutico (PDT)

#### Consenso e condivisione

- Coinvolgimento di tutti gli “attori”
- Utilizzo delle evidenze scientifiche
- Ricerca di reale consenso laddove le evidenze non sono sufficienti

#### Realismo e buon senso

- Tenere conto dell’impegno aggiuntivo di quanto proposto
- Valutare se le risorse umane, organizzative ed economiche disponibili sono compatibili con quanto proposto
- Identificare le priorità

#### Diffusione e sostegno

- Informare e coinvolgere tutti coloro che dovranno usare il PDT
- Individuare ed eliminare eventuali ostacoli prima dell’implementazione dei PDT
- Ottenere il sostegno reale dei responsabili delle aziende

#### Verifiche e *feedback*

- Concordare come monitorare l’attuazione del PDT e verificarne i risultati
- Fornire *feedback* informativi a tutti i partecipanti
- Prevedere momenti di verifica ed eventuale modifica dei PDT

### Il rapporto cardiologo-MMG

#### Un progetto di salute condiviso

- Realizzare PDT condivisi
- Momenti d’incontro comuni (es. condivisione PDT)
- Identificazione delle criticità e momenti dedicati alla loro soluzione
- Materiale educativo/informativo per il paziente comune a ospedale e territorio
- Informazione al paziente sulle modalità di collaborazione tra ospedale e territorio

#### Comunicare in modo efficace

- Stabilire standard minimi d’informazione per il momento consulenziale
- Stabilire modalità “rapide” di comunicazione in caso di particolari necessità

### Assicurare la continuità terapeutica

#### “Parlare” al paziente; “ascoltare” il paziente

- Prevedere momenti per spiegare al paziente gli obiettivi e gli strumenti per raggiungerli (farmaci e non)
- Far emergere dubbi, problemi e perplessità da parte del paziente
- Evitare discrepanze, anche solo apparenti, tra quanto dice il cardiologo e quanto dice il MMG

#### Monitorare l’assunzione dei farmaci

- Sfruttare le informazioni fornite dal computer (prescrizioni effettuate)
- Sfruttare i numerosi incontri nell’ambito delle cure primarie
- Rinforzare il messaggio in occasione delle visite specialistiche

#### Supportare il paziente

- Concordare lo schema terapeutico più adatto alle esigenze personali
- Schema scritto della terapia
- Se necessario usare i dispenser

### Non interrompere la doppia antiaggregazione piastrinica

La prematura sospensione di clopidogrel comporta un aumento del rischio di eventi cardiovascolari anche mortali, quindi:

- assicurarsi che il paziente sia informato sull’utilità della doppia aggregazione
- assicurarsi del rinnovo del piano terapeutico, quando necessario
- non sospendere clopidogrel per procedure odontoiatriche a basso rischio e per endoscopia in assenza di biopsia
- rimandare, se possibile, le procedure elettive, chirurgiche, endoscopiche con biopsia, odontoiatriche a elevato rischio dopo il periodo previsto per la doppia antiaggregazione piastrinica

### Verificare la propria attività professionale

La verifica periodica della qualità del lavoro garantisce al paziente cure migliori e tutela il medico nei confronti degli errori professionali, quindi:

- utilizzare gli indicatori e gli standard qualitativi proposti dalle rispettive società scientifiche
- sfruttare i software per ottenere automaticamente e senza fatica i dati (“report”) necessari
- verificare periodicamente il proprio operato
- sollecitare il sostegno organizzativo/economico ai processi di verifica da parte dei decisori politici e amministrativi

**Esempio di report automatico per la Medicina Generale  
basato su indicatori e standard elaborati dalla Società Italiana di Medicina Generale**

Medico: XXXX - Cod. Fisc.: XXXYYY11H22Z333J - Data analisi: 16/08/2010

Indicatore	Personale	LAP	Ideale	HS
Prevalenza malattia coronarica	2,64%	2%	2,5%	3,83%
Pazienti con dato abitudine al fumo registrato	60%	90%	100%	79,06%
Pazienti con almeno una registrazione di pressione arteriosa	75%	70%	100%	40,35%
Pazienti con ultimo valore registrato di pressione arteriosa negli ultimi 365 giorni < 140/90 mmHg	50,12%	70%	100%	76,19%
Pazienti con almeno una registrazione di creatininemia negli ultimi 15 mesi	94,44%	70%	90%	62,5%
Pazienti con almeno una visita cardiologica e/o un ECG da sforzo	90,28%	90%	100%	84,05%
Pazienti con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi	73,61%	70%	90%	25,81%
Pazienti con ultimo valore di LDL negli ultimi 15 mesi < 100 mg/dl	48,08%	50%	70%	42,86%
Pazienti con almeno una prescrizione di antiaggreganti piastrinici/TAO negli ultimi 365 giorni	77,78%	70%	90%	69,75%
Pazienti con almeno una prescrizione di beta-bloccanti negli ultimi 365 giorni	41,11%	50%	70%	43,36%
Pazienti con almeno una prescrizione di ACE-inibitori/sartani negli ultimi 365 giorni	69,44%	70%	90%	59,4%
Pazienti con vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 365 giorni	55,56%	70%	90%	35,26%

LAP: livello accettabile performance; HS: dati riscontrati nel database della medicina generale italiana *Health-Search-Thales*; LDL: lipoproteine a bassa densità; TAO: terapia anticoagulante orale.



**Millewin**  
con il medico, sempre



**Millecpg**  
GENERAL PRACTICE GOVERNANCE

## IL FUTURO CHE ASPETTAVI

Lo scenario delle cure primarie nei prossimi anni ci porta a prefigurare un Medico di Medicina Generale diverso da oggi, in grado non solo di gestire al meglio i problemi quotidiani, ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività, in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili.

[www.millewin.it](http://www.millewin.it)  
[www.millegpg.it](http://www.millegpg.it)  
numero verde 800 949 502