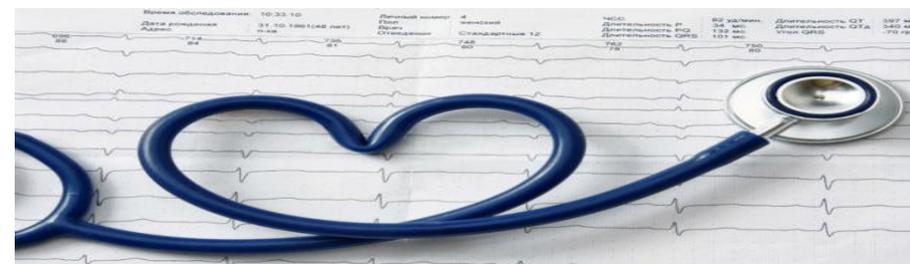
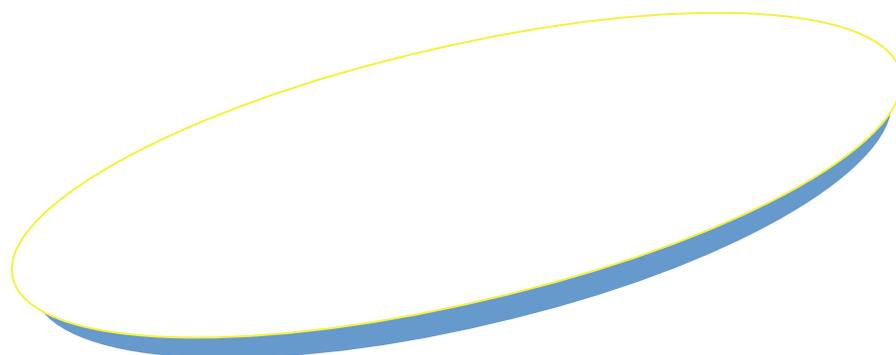




Provider ECM 2202  
EVENTO FORMATIVO 69633



Crediti ECM 8,7



Piazza G. Marconi, 25-00144 - Roma

Tel 0690253000-Fax 065920078

segreteria@formazione Lazio.org

Con il contributo non condizionante di



## Integrazione Ospedale –Territorio nella prevenzione cardiovascolare secondaria

14 Settembre 2013

Hotel Bassetto  
Via Casilina Km 74,600  
Ferentino (FR)

## **RAZIONALE SCIENTIFICO**

La principale causa di morte in Italia oggi è ancora costituita dalle malattie cardiovascolari, specialmente per il sesso femminile. Spesso dopo un primo evento per mancanza di percorsi condivisi tra MMG e Ospedale e per una scarsa aderenza alla terapia da parte dei pazienti nel giro di un anno avviene un secondo episodio cardiovascolare. Condividere percorsi assistenziali e terapeutici è di vitale importanza per migliorare la qualità della vita dei soggetti a rischio e per una riduzione dei costi sanitari determinati da tali patologie. Decisivo è modificare lo stile di vita di questi pazienti con abolizione del fumo e aumento dell'attività fisica. Tra i principali fattori di rischio trattabili, le dislipidemie costituiscono argomento di studio in grandi trials ormai da due decenni, così come l'approccio al Rischio CV Globale; dalle osservazioni epidemiologiche emerge la riflessione che molti soggetti che non beneficiano della rimborsabilità potrebbero mostrare un vantaggio clinico rilevante dalla terapia con statine: i concetti di "prescrivibilità" e "rimborsabilità" dovrebbero quindi essere mantenuti ben separati, poiché lo stesso valore della colesterolemia può avere, in soggetti differenti, significato differente ed il trattamento dello stesso valore della colesterolemia può avere, in soggetti differenti, significato differente. Il concetto di un "valore soglia" fisso per la colesterolemia deve essere quindi, di fatto, abbandonato, anche se la rimborsabilità della terapia con statine deve comunque fare riferimento alla normativa vigente (nota 13 AIFA). Come evidenziato dalla letteratura, il trattamento con statine, a parità di calo indotto della colesterolemia, riduce in modo percentualmente costante l'incidenza degli eventi cardiovascolari ed è di conseguenza prioritario identificare i soggetti ad alto rischio, nei quali il calo assoluto degli eventi indotto dal trattamento sarà maggiore, mediante la valutazione clinica o mediante le carte o le funzioni di rischio. I risultati della pratica clinica mostrano altresì che meno della metà dei soggetti con indicazione al trattamento è trattata (tale valore è riscontrato anche nei pazienti ad alto rischio), solo un terzo dei trattati raggiungono il controllo del colesterolo, e solo la metà dei trattati persiste al trattamento oltre il sesto mese. Le criticità evidenti osservabili, quali il mancato adeguamento delle priorità di intervento e delle modalità prescrittive consigliate, inducono quindi ad un migliore approccio al trattamento del paziente dislipidico, nell'intento di una più corretta applicazione delle linee guida con rispetto della nota ministeriale e, conseguentemente, di un'efficienza allocativa migliorabile. Altro fattore da evidenziare è migliorare al massimo l'aderenza alla terapia dei soggetti che hanno già avuto un evento cardiovascolare e individuare degli indicatori condivisi per un virtuoso utilizzo delle risorse.

## **OBIETTIVI FORMATIVI**

Primari : in merito alla gestione integrata Specialisti- Medici di Medicina Generale:

1. Gestione clinica condivisa (gestione delle comorbidità, controllo dei fattori di rischio modificabili, invio al centro cardiologico di riferimento per valutazione supplementare)
2. Approccio farmacologico (gestione integrata MMG – centro cardiologico di riferimento per pazienti scarsamente rispondenti al trattamento farmacologico)
3. Percorsi di controllo per aderenza terapia

Secondari : in merito alla gestione della prevenzione cardiovascolare in Medicina Generale:

1. Potenziare interventi di prevenzione primaria (medicina di opportunità)
2. Migliorare le capacità di individuare precocemente soggetti con familiarità per ipercolesterolemia, definire il follow up dei pazienti a medio ed alto rischio cardiovascolare
3. Effettuazione di interventi di educazione sanitaria e counseling delle persone a medio ed alto rischio rivolti in particolare all'adozione di stili di vita corretti
4. Migliorare l'appropriatezza clinico-prescrittiva nei pazienti con dislipidemie (Linee guida italiane, europee, americane) e la conoscenza delle normative.
5. Ottimizzare la presa in carico e l'assistenza ambulatoriale /domiciliare dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare personalizzando il profilo di cura.

8.30	Introduzione e presentazione del corso;	C.Pizzutelli / F.Carrano
<b>SESSIONE I</b>		Discussant F.Cristofaro
<b>Epidemiologia e qualità delle cure</b>		
9.00	Epidemiologia della Sindrome Coronarica Acuta nel Lazio	Marina Davoli
9.30	Strategie di gestione e trattamenti del paziente a rischio cardiovascolare molto alto	Massimo Savona
10.00	Analisi di Farmacoepidemiologia e aderenza terapeutica nelle dislipidemie	Fulvio Ferrante
10.30	DISCUSSIONE in plenaria	
10.45	Pausa	
<b>SESSIONE II</b>		Discussant F. Carrano
<b>Sostenibilità terapeutica nel mondo reale</b>		
11.00	L'appropriatezza prescrittiva tra Linee Guida e Decreti Commissariali	Sabrina Crescenzi
11.30	La Farmacovigilanza	M.Lorena Marziale
12.00	Il ruolo del Medico di Famiglia per l'appropriata gestione delle risorse nel paziente ad alto rischio cardiovascolare	Caterina Pizzutelli
12.30	Indicatori di monitoraggio e di performance: quali strumenti per una corretta valutazione?	Luca Degli Esposti
13.30	BRUNCH	
<b>SESSIONE III</b>		
<b>Percorsi terapeutici condivisi</b>		
14.00	Percorsi per la gestione del paziente in prevenzione cardiovascolare	Massimo Savona
14.30	Percorsi per la gestione del paziente in prevenzione cardiovascolare	Caterina Pizzutelli
15.00	Lo strumento dell'Audit Clinico quale opportunità per migliorare la qualità dell'assistenza	Loredana Orsini
15.30	Discussione Plenaria	
16.00	Test di apprendimento	
16.15	Chiusura lavori	