

PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO
PREVENZIONE RISCHIO
CARDIOVASCOLARE



INDICE

INTRODUZIONE AL METODO	3
PRESENTAZIONE DEL PERCORSO	4
RAGIONAMENTO CLINICO	7
LEGENDA – NOTA ESPLICATIVA.....	8
ALLEGATO – MODELLO SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO, ASL 6 SANLURI.....	14
BIBLIOGRAFIA	14

INTRODUZIONE AL METODO

La decisione di costruire un percorso clinico organizzativo che investe il tema della prevenzione del rischio cardiovascolare nasce dall'esigenza di programmare e offrire all'utenza un insieme di interventi basato su un approccio integrato capace coordinare il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare. Da qui l'idea di sperimentare un approccio di lavoro non più per funzioni ma per processi che è insito nella strutturazione di un "percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)".

Il termine "percorso" da l'idea sia del cammino che il cittadino/paziente deve sostenere per affrontare una determinata situazione di salute (fisico e/o psichico), sia della costruzione e della sperimentazione del modello programmatico-organizzativo aziendale.

I termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" consentono di sottolineare la prospettiva della presa in carico globale della persona in quanto come già anticipato, il bisogno della persona oggi sempre più complesso necessita di un intervento integrato, multiprofessionale e multidisciplinare attento a diversi aspetti (non più solo strettamente sanitari ma anche sociali, organizzativi) che contribuiscono al mantenimento e/o miglioramento del benessere della persona.

I percorsi clinico organizzativi vogliono essere quindi modelli mentali che:

- facilitano la visione globale della problematica da gestire agevolando la delineazione del miglior percorso praticabile possibile per la risoluzione di un problema di salute.
- permettono l'attuazione di interventi diversi tutti orientati però ad un obiettivo comune
- favoriscono la collaborazione, le forme di aggregazione e integrazione e il confronto fra gli operatori fino a costituire vere e proprie "comunità di pratica", "comitati di progetto", "team di processo" e così via dicendo
- consentono una programmazione dell'intervento secondo una prospettiva integrata ossia di presa in carico globale
- intendono superare la frammentazione organizzativa e territoriale (es. ospedale-territorio; sanitari-tecnici-amministrativi, ecc.)

Il percorso di valutazione del Rischio Cardiovascolare programmato dalla Asl 6 e di seguito illustrato fa parte in realtà di un percorso più ampio: un percorso organizzato secondo una prospettiva che analizza distintamente due fasi principali: la fase di valutazione del rischio (oggetto di analisi del presente documento) e una fase successiva di gestione del rischio rilevato.

PRESENTAZIONE DEL PERCORSO

Definizione del concetto di rischio (cardiovascolare)

Il rischio è la probabilità che si verifichi un evento. Il rischio è la probabilità che si verifichi un evento in una popolazione di individui.

Il rischio cardiovascolare è la probabilità che si verifichi un evento (cuore, cervello, arterie) in una popolazione di individui nella quale sono presenti alcuni attributi (fattori di rischio).

La presenza di fattori di rischio (modificabili o non modificabili) e la loro intensità (misura), aumenta la probabilità che in quell'individuo si verifichi l'evento (di solito indesiderato).

Le procedure (meglio se programmate) che hanno lo scopo di rilevare, misurare, modificare, monitorare la presenza e l'intensità dei fattori di rischio che sono in grado di aumentare la probabilità che negli individui appartenenti a una popolazione definita si verifichi un evento cardiovascolare, prendono il nome di gestione del rischio (Risk Management) cardiovascolare.

Definizione del percorso di valutazione del rischio cardiovascolare

Il Percorso clinico organizzativo sulla Prevenzione del rischio cardiovascolare è un programma di interventi integrati che coinvolgono una popolazione di età compresa tra i 35 e i 69 anni, nella quale si intende rilevare, misurare, monitorare, modificare (con interventi appunto di gestione integrata: counselling, comportamentale, dietetica, farmacologica), la presenza e l'intensità dei fattori di rischio, con l'obiettivo di ridurre la probabilità che in tale popolazione si verifichino gli eventi cardiovascolari.

Attori coinvolti

- Dipartimento di medicina
- Distretti sociosanitari
- Servizio professioni sanitarie
- Servizio diabetologia malattia dismetaboliche
- Servizio nefrologia e dialisi
- Servizio Programmazione e controllo
- Medici di base

Obiettivi generali

- Prevenzione rischio cardiovascolare
- Promozione sistema integrato

- Formazione operatori sanitari

Indicatori di valutazione del processo

N° dei MMG che aderiscono al progetto
Tot MMG del territorio

N° di invii completi
N° di invii totali

N° di pz complessivamente monitorati
Pop. residente tra i 35 e i 69 anni

N° di MMG che partecipano agli eventi formativi
Tot MMG del territorio

Indicatori di salute

- Prevalenza ipertesi con PA = < 140/90 (OB. Aumentare % ipertesi adeguatamente trattati)
- Tasso di incidenza (nuovi casi) per infarto e ictus (OB. di medio periodo - Diminuire incidenza infarto del miocardio e ictus cerebrale)
- Mortalità, tasso specifico (OB. di lungo periodo - Diminuire mortalità da infarto del miocardio e ictus cerebrale)

Gruppo di lavoro – Programmazione del percorso

- Dr. Pietro Tardiola – Medico, Referente Aziendale del progetto – Direttore Dipartimento Medicina (membro comitato rischio cardiovascolare)
- Dr. Maurizio Locci – Medico, Direttore Distretto Sanluri (membro comitato rischio cardiovascolare)
- Dr.ssa M.Cristina Vargiu, Medico, specialista ambulatoriale
- Dr. Aldo Casadio - Medico, Direttore Distretto Guspini (membro comitato rischio cardiovascolare)
- Dr. Giovanni Egidio Collu – Medico medicina generale (membro comitato rischio cardiovascolare)
- Dr. Paolo Congia – Medico, medicina generale (membro comitato rischio cardiovascolare)
- Dr. Alberto Cherchi – Medico cardiologo specialista ambulatoriale (membro comitato rischio cardiovascolare)

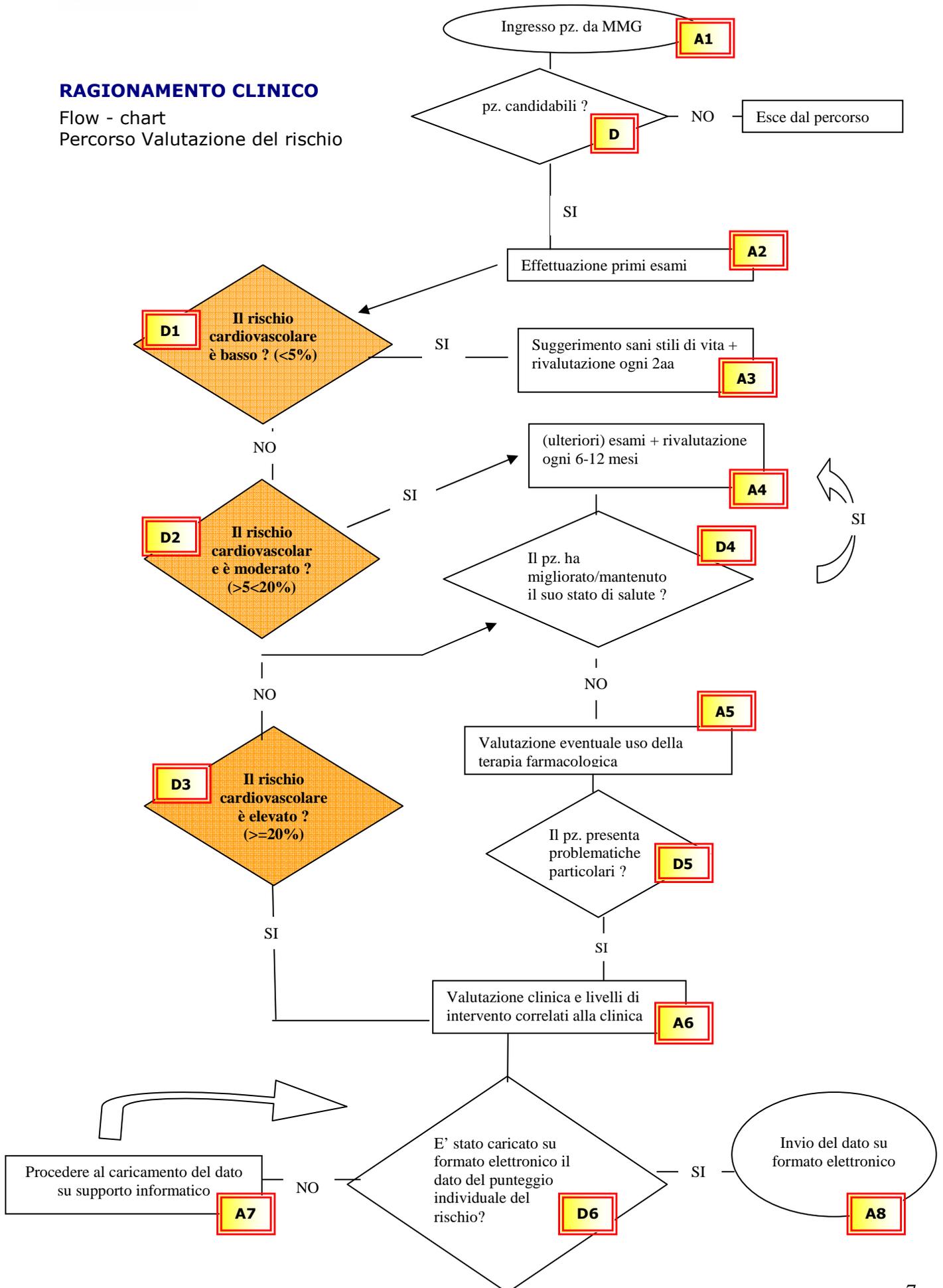
- Dr. Claudio Capra – Medico, specialista ambulatoriale neurologo (membro comitato rischio cardiovascolare)
- Dr. Sica Vincenzo – Medico, Responsabile Servizio diabetologia e malattie dismetaboliche (membro comitato rischio cardiovascolare)
- Dr. Paolo Cannas – Dirigente analista, Responsabile Servizio Programmazione e Controllo(membro comitato rischio cardiovascolare)
- Dr.ssa Cinzia Porceddu – Sociologa, Collaboratrice Servizio Programmazione e Controllo
- Sign.ra Atzeni Rosalba – Infermiera , Responsabile delle Professioni sanitarie dell'area territoriale AFD

Referenti del percorso

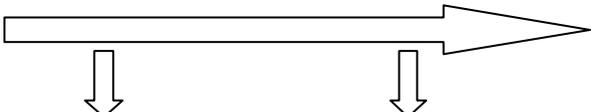
Dr. Congia Paolo, referente percorso valutazione rischio cardiovascolare

RAGIONAMENTO CLINICO

Flow - chart
Percorso Valutazione del rischio



LEGENDA – NOTA ESPLICATIVA DELLA FLOW CHART

A 1	La persona entra nel processo attraverso il MMG		
A 2	<p>L'approccio iniziale è focalizzato sia al rilievo qualitativo/quantitativo dei parametri biologici e comportamentali richiesti dal programma scelto per la valutazione del rischio assoluto, sia all'anamnesi (classica) centrata su fattori fisiologici e patologici che, se pure non inclusi nel programma stesso, sono in grado di modificare in modo sostanziale la valutazione della probabilità di un evento cardiovascolare e di conseguenza l'algoritmo decisionale.</p> 		<p><u>Parametri Progetto Cuore</u></p> <p>1 sesso 2 età 3 diabete 4 fumo 5 P.A. Sistolica 6 colesterolo totale 7 HDL 8 Terapia ipertensione</p>
	<p>LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urine (proteine, sangue) • Creatinina, Na, K • Glicemia a digiuno • Colesterolo tot. HDL, • Trigliceridi • (Ecg standard) 	<p>ANAMNESI, ESAME FISICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesità, • Stile di vita, • Alimentazione, • Alcool • Danno organi bersaglio: • Rene, Cuore, SNC 	
A 3	<p>Suggerimenti Stile di Vita</p> <p>Per questi livelli di rischio, dalle sole modifiche comportamentali (in genere sufficienti) ci si possono attendere i seguenti risultati: </p>	<ul style="list-style-type: none"> • dieta DASH 8-14mmHg • PERDITA DI PESO (10kg) 5-10mmHg • ATTIVITA' FISICA 4-10mmHg • RIDUZIONE ALCOOL 3-4mmHg • RIDUZIONE SALE 2-8mmHg • FUMO Nessun effetto 	
A 4	<p>Gli esami ulteriori di cui si ravvisa la necessità nei pazienti a rischio moderato/elevato vanno usati (eventualmente) come screening quale approfondimento di sospetto diagnostico scaturito da un esame fisico mirato, o da un precedente dato di laboratorio suggestivo. In generale, è opportuno richiedere esami di approfondimento soltanto quando il loro risultato è in grado di modificare <u>sostanzialmente</u> le opzioni terapeutiche, o di modificare il profilo individuale del rischio in maniera tale da giustificare una condotta terapeutica assai più incisiva. (Vedi A6)</p>		
	<p>Valutare la disponibilità al cambiamento dei fattori di rischio suscettibili di modifica (COMPORTAMENTALE)</p> 	<p>Valutare i parametri misurabili dei fattori di rischio suscettibili di modifica (FARMACOLOGICA e COMPORTAMENTALE)</p> 	<p>VALUTARE ALTRI FATTORI DI RISCHIO:</p> 

	<ul style="list-style-type: none"> FUMO PESO CORPOREO DIETA INADEGUATA ELEVATO INTR. DI SODIO INATTIVITA' FISICA ALCOOL 	<ul style="list-style-type: none"> PRESSIONE ARTERIOSA LIPIDI PLASMATICI GLICEMIA 	<ul style="list-style-type: none"> FUNZIONE RENALE (CLEARANCE-PROTEINURIA) FIBRILLAZIONE ATRIALE IPERCOLESTEROLEMIA FAM. ANAMNESI FAMILIARE CLASSE SOCIO-ECONOMICA SALUTE MENTALE ETNIA 	
A 5	Diagnosi di ipertensione →		Pressione Arteriosa Sistolica o Diastolica o entrambe, misurata nelle ultime due visite, con valori superiori a 140/90	
	Progressione "ACD" X la terapia nell'ipertensione		Meno di 55 anni 55 anni o più, o di colore	
	Oltre ai provvedimenti relativi allo stile di vita, accennati nei pazienti a Basso Rischio (A3-A4) (IMPRESCINDIBILI) La terapia Farmacologica iniziale (se offerta e accettata) si delinea come segue: → MNEMO: ACD	1° Passo	A	C o D
		2° Passo	A + C o A + D	
		3° Passo	A + C + D	
		4° Passo	Aggiungi: altro diuretico o alfa blocc. o Beta Blocc.	
Prendere in considerazione consulenza specialistica				
Legenda: A=ace-inibitori (o bloccanti rec-angiotensina se intolleranti); C= calcio antagonisti ; D= diuretici tiazidici				
A 6	SITUAZIONI CLINICHE DALLE QUALI E' LECITO SOSPETTARE IPERTENSIONE SECONDARIA			
	Dati Clinici →	Sospetto diagnostico →	→ Ulteriori Esami/ interventi Sugeriti	
	Sonnolenza diurna, Obesità, Russamento	Apnea ostruttiva del Sonno	Polisonnografia (NEUROLOGO)	
	Ipernatremia, ipokaliemia	Aldosteronismo	Rapporto Aldosterone/Renina plasma, TAC Surrenali (NEFROLOGO)	
	Insufficienza Renale, edema, iperazotemia e Ipercreatininemia	Nefropatia parenchimale	Clearance Creatinina, Ecografia Renale (NEFROLOGO)	
Soffio Sisto/Diastolico addominale	Nefropatia Vascolare	RMN-angiografia, Renografia radio-isotopica (Captopril), Arteriografia Renale		

		(NEFROLOGO)
Uso di Simpaticomimetici, Situazione acuta di Stress, tachicardia, previsione intervento chirurgico	Eccesso di Catecolamine	Confermare stato normotensivo in assenza di situazione determinante eccesso catecolamine.
Polsi femorali asincroni, asimmetrici, ritardati o ridotti In ampiezza, Rx torace anormale	Coartazione aortica	Color-Doppler o TAC Aorta (CARDIOLOGO)
Aumento di peso, Astenia, Irsutismo, Amenorrea, Facies lunare, Strie addominali, obesità del tronco, Ipokaliemia	Sindrome di Cushing	Test di Soppressione al Desametasone (ENDOCRINOLOGO)
Eccesso Assunzione di Sale, Eccesso ingestione di Alcool, Obesità.	Effetto dieta	Tentare modifica dieta
Uso Eritropoietina in Nefropatie, Policitemia in BPCO	Effetto collaterale Eritropoietina	Tentare Sospensione farmaco, se possibile (NEFROLOGO)
Ipertensione Parossistica, cefalea, diaforesi, palpitazioni, Tachicardia	Feocromocitoma	Metaboliti urinari catecolamine (Ac. Vanilmandelico, meta e nor-metanefrine urinarie) (ENDOCRINOLOGO)
Astenia, Aumento di peso, perdita dei capelli, Ipertensione diastolica. Rallentamento motorio, anormalità Riflesso Achilleo	Ipotiroidismo	TSH plasma (ENDOCRINOLOGO)
Intolleranza al caldo, dimagrimento, palpitazioni, tachicardia, tremore, Ipertensione sistolica	Iperitiroidismo	TSH plasma (ENDOCRINOLOGO)
Urolitiasi, osteoporosi, depressione, Letargia, Debolezza	Iperparatiroidismo	Calcemia, PTH (ENDOCRINOLOGO)
Cefalea, Astenia, Disturbi Visivi, ingrandimento mani, piedi, lingua	Acromegalia	GH plasma (ENDOCRINOLOGO)
Dieci cose da fare, nell'ipertensione, prima di inviare dallo specialista		
1) Valutare correttezza della tecnica di misurazione	2) Valutare la corretta e regolare assunzione dei farmaci (quanto tempo per esaurire le confezioni?)	

	3) Incoraggiare la perdita di peso e scoraggiare l'introito di sale	4) Sospendere i farmaci in grado di provocare aumento pressorio
	5) Perfezionare la prescrizione con la tecnica ACD (vedi A5)	6) Usare lo SPIRONOLATTONE
	7) Raggiungere con il paziente un accordo sulla necessità di un miglior controllo pressorio.	8) Assicurarci di avere il controllo degli altri fattori di rischio per abbassare il rischio assoluto
	9) Prescrivere le indagini che potrebbero essere utili allo specialista	10) Assicurarci di ricorrere allo specialista più indicato dalla situazione clinica
A 7	I MMG devono procedere al caricamento del dato sul supporto informatico appositamente predisposto	
A 8	Invio del dato caricato su formato elettronico al referente ASL incaricato (ai fini del sistema incentivante)	
D	<p>Selezione dei pazienti non idonei alla valutazione del rischio utilizzando il programma "Cuore" dell'ISS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non è possibile utilizzare il calcolo del rischio per persone che hanno avuto un precedente effetto cardiovascolare. • Non è possibile utilizzare il calcolo del rischio per persone che hanno meno di 35 anni o più di 70 anni. <p>Le ragioni dell'esclusione sono dovute al fatto che lo studio del Progetto CUORE, su cui è stato costruito il punteggio, si riferisce alla fascia di età 35-69 anni; oltre i 70 anni di età l'importanza dei classici fattori di rischio si riduce e la probabilità di ammalare dipende anche da altri fattori e dalle patologie concomitanti.</p> <p>Non è possibile valutare il rischio con valori estremi dei fattori di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg • colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl • HDL-colesterolemia superiore a 100 mg/dl o inferiore a 20 mg/dl. <p>I valori estremi dei fattori di rischio presi in considerazione vengono esclusi dal calcolo perché sono indicatori di situazioni che richiedono ulteriori approfondimenti.</p>	
D 1	Nessun altro esame (se non suggerito da esame fisico/anamnesi). Richiamare concetti base STILE DI VITA (vedi A4) e incoraggiarne l'applicazione costante ➤ (counselling breve).	
D 2	Dopo rivalutazione, prendere in considerazione l'uso della terapia farmacologica per la modifica anche parziale dei parametri misurabili per portarli a valori di rischio assoluto accettabile. ➤ (counselling intensivo).	
D	■ Gli interventi farmacologici in questo gruppo di pazienti si sono dimostrati	

3	<p>quelli di miglior rapporto costo-efficacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Applicare (Intensificandole e in tempi più ristretti) le procedure del rischio moderato con atteggiamento di intervento farmacologico più aggressivo nei confronti dei fattori di rischio principale. ■ Gli interventi farmacologici x il controllo dell'assetto lipidico andrebbero effettuati, in linea di massima, indipendentemente dai livelli ematici riscontrati, e non indirizzati a target specifici ma a minimizzazione del rischio. ■ Gli interventi farmacologici x il controllo pressorio analogamente devono essere indirizzati allo spostamento verso il basso lungo la curva del rischio dei valori riscontrati, con unico limite l'accettabilità clinica da parte del paziente (=Qualità della vita). ■ I differenti valori pressori target richiesti dalle varie linee guida x le diverse patologie (es. Diabete, Malattia Renale cronica) esprimono il concetto riportato al punto precedente e dovrebbero avere lo stesso limite. ■ Nel Rischio Elevato assumono la massima rilevanza TUTTE le strategie di gestione del rischio. Ignorare le modifiche dei fattori comportamentali conduce, oltre che alla frustrazione professionale, al mancato raggiungimento degli obiettivi e allo spreco di risorse di sistema con l'utilizzazione di interventi diagnostico-terapeutici di costo crescente e di efficacia spesso difficile da dimostrare.
----------	--

D 4	Questo snodo si interroga sulla opportunità /necessità nel pz. con basso rischio cardiovascolare di eventuali nuove verifiche e la loro frequenza
----------------	---

D 5	Patologie particolari	I farmaci per l'ipertensione nei pazienti con patologia concomitante
	diabete	ACEI (ARB)+ (CCB)+ (Tiazidico)
	Cardiopatía ischemica	BB, CCB
	Post-Infarto	ACEI, CCB
	Scompenso Cardiaco	ACEI, ARB, BB, Diur, Antialdost.
	rischio elevato coronaropatía	ACEI, ARB, BB, CCB, Diur.
	Ipertrofia Ventricolare Sinistra	ACEI, ARB, CCB, TIAZ.
	ATS Cerebrale	TIAZ.(+) ACEI.
	Malattia Renale Cronica non Diabetica	ACEI, (ARB)
	Nefropatia Vascolare	Come ipertensione non complicata, cautela e controllo stretto, con ACEI e ARB, in stenosi bilaterale o monolaterale in monorene.

	<p style="text-align: center;">LEGENDA FARMACI: ACEI=Ace-inibitori ARB=bloccanti rec. Angiotensina BB=Beta-Bloccanti CCB=Calcio-Antagonisti DIUR=Diuretici Antialdost.=Antialdosteronici Tiaz= Diur.Tiazidici</p>
D 6	Questo snodo si interroga sull'avvenuta restituzione informativa del calcolo da parte dei MMG al fine di poter procedere con il sistema premiante

BIBLIOGRAFIA

- [1]. Wilson J.: Integrated care management. Br J Nurs, 1998
- [2]. Weingarten S.: Critical pathways: what do you do when they do not seem to work? AJM,2001 - <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-9343/PIIS0002934300007397.pdf>
- [3]. Russo R. Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia. Politiche sanitarie 2000.
- [4]. Panella M., Moran N. Di Stanislao F. Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali. QA, 8 (1) 1997
- [5]. Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. 2004, v, 112 p.
- [6]. Herring L: Critical pathways: an efficient way to manage care. Nurse Stand, 1999
- [7]. Casati G. La gestione dei processi in Sanità. QA Vol. 13. N. 1, 2002
- [8]. Campbell H.: Integrated care pathways. BMJ, 1998
- [9]. Bailey DA., Litaker DG.: Developing better critical paths in healthcare: combining best practice and the quantitative approach. J Nurs Adm, 1998
- [10]. Ardingò A., Sociologia e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria. Franco Angeli, 2006
- [11]. Cipolla C., G. Giarelli, L. Altieri, Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti - Collana: Laboratorio sociologico, 2a ristampa 2004, 1a edizione 2002
- [12]. Cipolla C. (a cura di), Manuale di sociologia della salute. Vol.III. Spendibilità, FrancoAngeli, 2009
- [13]. Corposanto C., Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari, FrancoAngeli Editore collana Salute e Società - anno 2007
- [14]. Guarino F., L.Mignardi, Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza, FrancoAngeli Editore collana Salute e Società - anno 2007
- [15]. Bertin G., Governance e valutazione della qualità nei servizi sociosanitari, FrancoAngeli, 2007
- [16]. Ingrosso M., Fra reti e relazioni, FrancoAngeli Editore - collana Salute e Società, anno 2007
- [17]. McCormack T, Cappuccio FP, Algorithm AC. 10 Steps Before You Refer for: Hypertension. Br J Cardiol 2008;15:254. http://www.bjcardio.co.uk/pdf/2910/Vol15_Num5_September-October_2008_p254.pdf
- [18]. NICE. CG34 Hypertension: full guideline (new recommendations and the evidence they are based on) [Internet]. [S.d.];[citato 2009 Nov 20] Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG34/Guidance/pdf/English>
- [19]. Diagnosing Secondary Hypertension - January 1, 2003 - American Family Physician [Internet]. [S.d.]; [citato 2009 Nov 20] Available from: <http://www.aafp.org/afp/20030101/67.html>
- [20]. NICE. Hypertension [Internet]. [S.d.];[citato 2009 Nov 20] Available from: <http://www.nice.org.uk/CG034>

- [21]. Treatment blood pressure targets for hypertension [Internet]. [S.d.];[citato 2009 Nov 21] Available from: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004349.html>
- [22]. WHO | Cardiovascular diseases [Internet]. [S.d.];[citato 2009 Nov 17] Available from: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/
- [23]. WHO | Prevention of cardiovascular disease: guideline for assessment and management of cardiovascular risk [Internet]. [S.d.];[citato 2009 Nov 17] Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/index.html
- [24]. Jackson R, Lawes C, Bennett D, Milne R, Rodgers A. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *The Lancet* 2005;365(9457):434-441