

L'IMA...TERAPIA NELLA FASE ACUTA E GESTIONE POST DIMISSIONI

Potenza 8 giugno 2019
Ordine dei Medici di Potenza

- 8.30 Registrazione dei partecipanti
- 8.45 Apertura dei lavori
Saluto Presidente Ordine ed Autorità
Presentazione degli obiettivi del convegno

Moderatori: Dr. Rosario Fiorilli - Dr. Giovanni Paternò

- 9.00 Rete Regionale Dell'IMA
Dr. Rocco Aldo Osanna
- 10.00 Terapia di rivascularizzazione primaria: PTCA verso Fibrinolisi
Dr. Carmine Pompeo La Creta
- 10.30 Complicazione nella fase acuta dell'infarto
Dr. Pasqualino Innelli
- 11.00 Discussione sulle argomentazioni trattate
- 11.30 Coffee Break
- 12.00 Terapia anticoagulante ed antiaggregante in Ospedale
Dr.ssa Noemi Bruno
- 12.30 Terapia antischemica ed antiaggregante nella dimissione:
identificazione del paziente e della durata
Dr. Archimede Lecce
- 13.00 Discussione sulle argomentazioni trattate
- 13.30 Light Lunch

- 14.00 Follow Up nel primo Anno Post IMA
Dr.ssa Maria Luisa Fasano
- 14.30 Ruolo del MMG nella gestione dalla lettera di dimissione al territorio
Dr. Pasquale Fico
- 15.00 **Tavola Rotonda:** Gestione del paziente: sinergia tra ospedale e territorio
Panelist: Dr. Rosario Fiorilli – Dr. Giovanni Paternò
- 15.30 Discussione sulle argomentazioni trattate
- 16.00 Chiusura dei Lavori
Compilazione del Questionario di Valutazione

RAZIONALE

Negli ultimi anni si sono verificate significative modificazioni dell'epidemiologia clinica dell'infarto miocardico, che hanno interessato sia la fase acuta che quella post-acuta. A fronte della progressiva riduzione della mortalità intra ospedaliera, l'andamento della mortalità post-ospedaliera è risultato sorprendentemente stabile o addirittura in incremento in diversi studi europei e nordamericani. Un'analisi di tutti i casi di primo infarto miocardico acuto (IMA) dal 1995 al 2006 (Danimarca), ad esempio, ha documentato una progressiva riduzione delle mortalità a 30 giorni ed una sostanziale stabilità di quella intercorsa tra il 31° giorno ed il primo anno, fenomeno per cui le due curve di mortalità si sono incrociate proprio negli ultimi anni.

Si ritiene ragionevole ipotizzare che l'assenza di un miglioramento nel tempo della prognosi post-ospedaliera dell'IMA sia almeno in parte attribuibile all'inadeguatezza e alla scarsa applicazione di appropriati percorsi clinici ed assistenziali cardiologici dopo la dimissione. Infatti, i notevoli passi avanti fatti nell'implementazione delle Reti di emergenza-Urgenza per IMA in tutta Italia, definendo le strutture Hub e Spoke di pertinenza al fine di garantire la più rapida e migliore presa in gestione dei pazienti con SCA nei centri Hub più vicini ed il reinvio ai centri spoke per la fase post emergenza, hanno portato ad una riduzione della mortalità intra-ospedaliera; di contro il percorso post SCA di gestione del paziente non sembra spesso essere ben delineato sia dal punto di vista clinico che gestionale. Questo sicuramente potrebbe essere alla base della mancata riduzione di mortalità nel periodo 1-3 anni post – SCA.

Di fondamentale importanza, ai fini della riduzione della mortalità, sarebbe l'individuazione, già in fase pre-dimissioni ospedaliera, di quei pazienti che presentano elevato rischio cardiovascolare residuo, il diabete mellito, l'insufficienza renale, l'arteriopatia periferica, una storia di angina o di pregresso IMA, la presenza di malattia multivasale, specie se sottoposta a rivascolarizzazione incompleta, o la mancata rivascolarizzazione/riperfusion, al di là dell'età avanzata, che è una caratteristica di alto rischio associata ed inclusa nelle suddette comorbilità. Queste sono variabili che identificano pazienti con SCA a rischio trombotico elevato e che devono essere registrate in una check-list pre-dimissione e tenute in considerazione, soprattutto se associate, ciò al fine di definire correttamente il rischio trombotico nella lettera di dimissione ed avviare i pazienti verso un percorso di prevenzione secondaria intensiva, ovviamente in rapporto con le potenzialità del contesto organizzativo locale. I risultati dello studio "Pegasus" e l'introduzione di farmaci antitrombotici autorizzati per il trattamento del post SCA sino a 3 anni, impongono una riflessione condivisa tra specialisti riguardo a quelli che sono i percorsi clinici assistenziali del paziente ad alto rischio residuo e la gestione integrata ospedale territorio più adatta a garantire la salute del paziente.