



CONVEGNO
**PREVENZIONE
E RIABILITAZIONE
PER LA SALUTE
CARDIOVASCOLARE**

Quattro strategie fondamentali per
ridurre il rischio a livello individuale e
migliorare l'assistenza alla popolazione



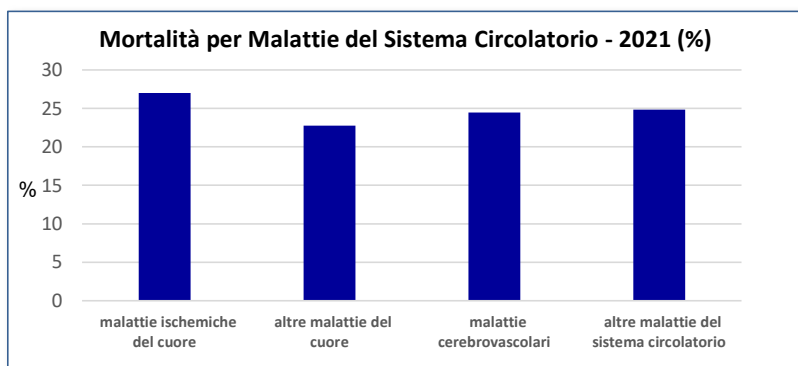
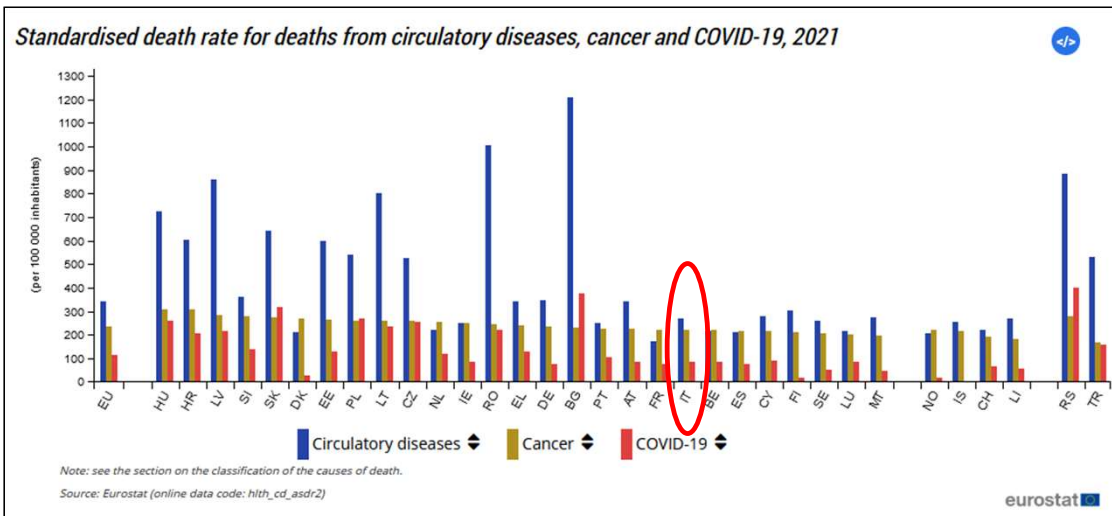
Le cure cardiovascolari in Italia: i dati del Programma Nazionale Esiti

Paola D'Errigo

Istituto Superiore di Sanità, Roma



➤ Malattie del sistema circolatorio rappresentano ancora oggi la prima causa di morte e di ospedalizzazione in Italia



Fonte: ISTAT. Dati estratti da I.Stat

Tavola 2.2.5 - Descrizione dell'attività per MDC (versione 24) - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2021

MDC	DIMISSIONI	%
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	328.214	6,3
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	44.518	0,9
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	125.180	2,4
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	630.299	12,1
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	728.191	14,0
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	428.544	8,2
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	235.307	4,5
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	694.147	13,3
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	140.525	2,7
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	125.547	2,4
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	330.940	6,4
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	91.046	1,7
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	141.188	2,7
14 - Gravidanza, parto e puerperio	466.850	9,0
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	105.058	2,0
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	52.713	1,0
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	113.930	2,2
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	138.438	2,7
19 - Malattie e disturbi mentali	109.809	2,1
20 - Abuso di alcol / droghe e disturbi mentali organici indotti	10.185	0,2
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	36.637	0,7
22 - Ustioni	3.161	0,1
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	72.541	1,4
24 - Traumatismi multipli rilevanti	8.263	0,2
25 - Infezioni da H.I.V.	2.409	0,0
Altri DRG	13.653	0,3
Pre MDC	32.470	0,6
TOTALE GENERALE	5.209.763	100,0

Fonte: Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2021. Ministero della Salute



- Negli ultimi decenni si sono verificati importanti **miglioramenti nella gestione dei pazienti con SCA** (*aumento dei pazienti che accedono a rivascolarizzazione precoce; introduzione di nuove terapie farmacologiche; implementazione di strategie di prevenzione secondaria; ...*)
- La letteratura scientifica evidenzia come nei pazienti con SCA:
 - **Mortalità intraospedaliera sia in diminuzione** nel tempo
 - **Mortalità a lungo termine presenti una riduzione meno marcata** nel tempo



Trends in Mortality of Acute Myocardial Infarction After Discharge From the Hospital

William J. Kostis, PhD, MD; Yingzi Deng, MD, MS; John S. Pantazopoulos, MD;
 Abel E. Moreyra, MD; John B. Kostis, MD; for the Myocardial Infarction Data Acquisition System
 (MIDAS14) Study Group

Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:581-589.

Table 1. All-Cause Death, CVD Death, and NCVD Death Rates at Different Time Intervals by Year

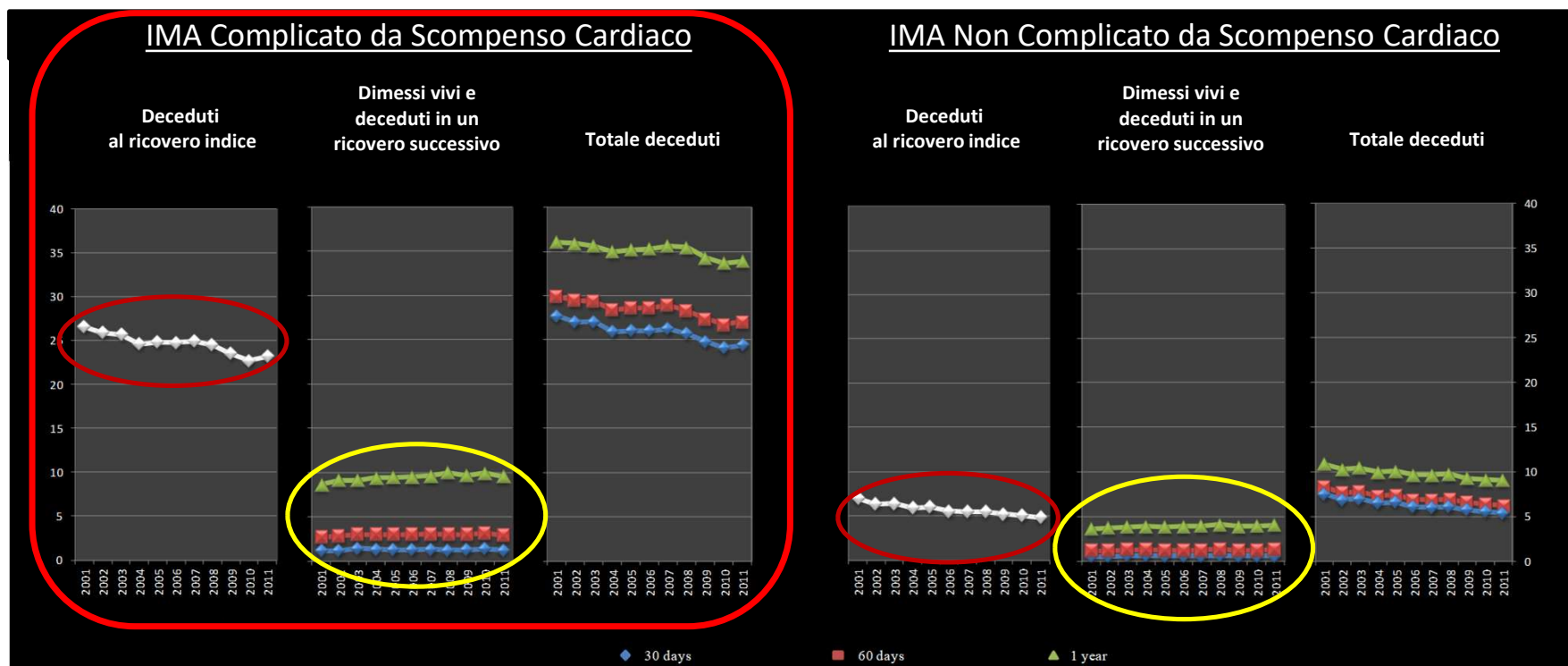
	In-Hospital	30 Days From Admission	Δ (30-Day) (In-Hospital)	1 Year From Admission	30 Days From Discharge	1 Year From Discharge
All-cause death, %						
1986	16.93	18.24	1.30	26.62	3.32	12.07
1987	16.47	17.89	1.42	25.87	3.35	11.77
1988	16.87	18.28	1.41	26.57	3.71	12.23
1989	15.45	16.75	1.30	25.36	3.72	12.12
1990	14.73	16.15	1.42	24.01	3.31	11.36
1991	14.10	15.39	1.29	23.31	3.12	11.11
1992	12.72	14.05	1.32	22.22	3.47	11.24
1993	11.85	13.25	1.40	21.34	3.22	11.17
1994	11.79	13.44	1.65	21.67	3.58	11.49
1995	12.34	14.13	1.79	22.17	3.52	11.54
1996	11.51	13.77	2.26	21.71	3.86	11.83
1997	10.69	13.33	2.64	21.42	4.01	12.21
1998	10.11	12.42	2.31	21.24	3.72	12.61
1999	10.52	12.99	2.47	22.70	4.08	13.80
2000	10.15	12.95	2.81	22.65	4.44	14.09
2001	9.90	12.70	2.80	23.15	4.54	14.93
2002	9.30	12.04	2.73	21.89	4.20	14.03
2003	8.63	11.34	2.71	21.65	4.18	14.45
2004	8.47	11.07	2.60	21.11	4.19	13.96
2005	8.41	11.19	2.79	20.99	4.34	13.97
2006	8.15	10.61	2.46	20.34	3.82	13.40
2007	7.53	10.24	2.71	20.19	3.92	13.90



Trends in mortality and heart failure after acute myocardial infarction in Italy from 2001 to 2011 ☆

Cesare Greco ^{a,*}, Stefano Rosato ^b, Paola D'Errigo ^b, Gian Francesco Mureddu ^a,
Eleonora Lacorte ^b, Fulvia Seccareccia ^b

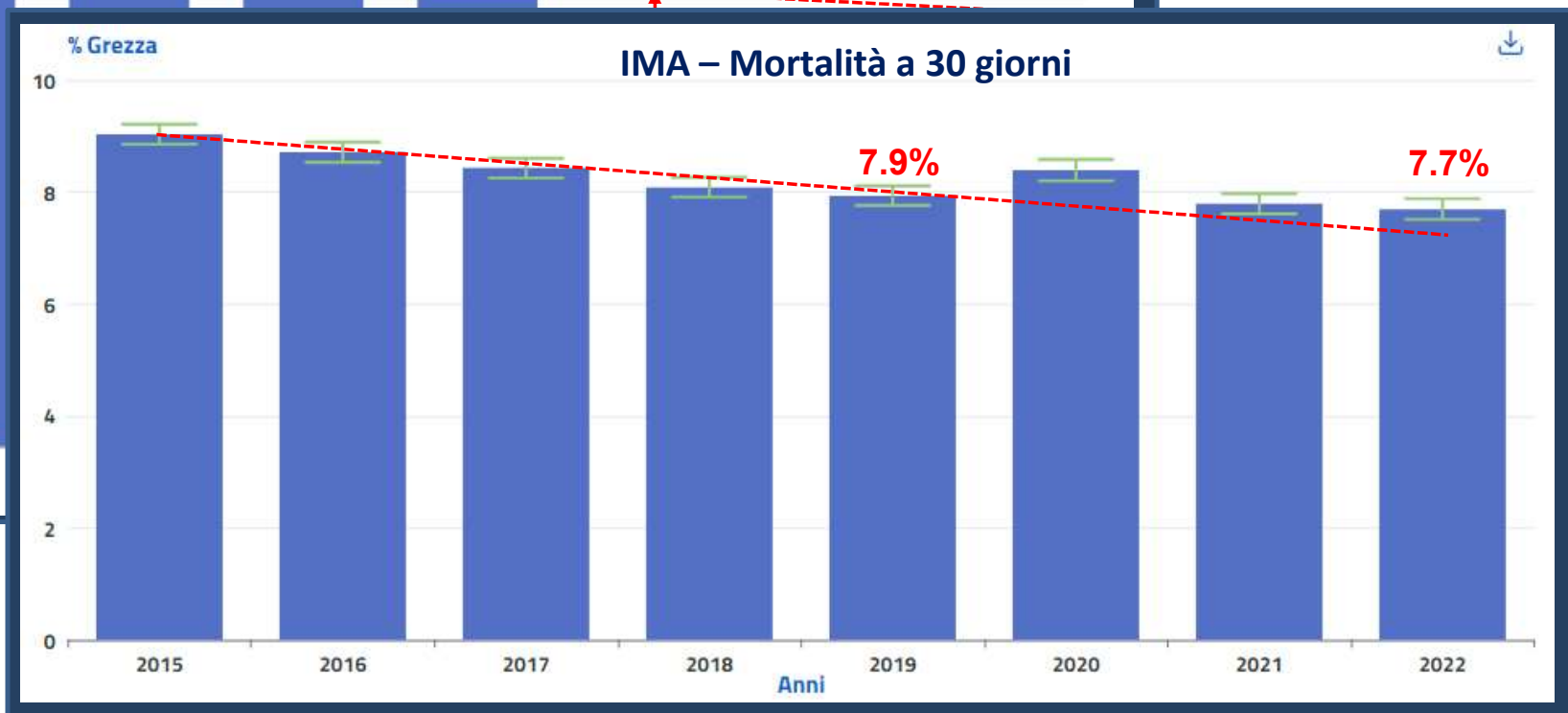
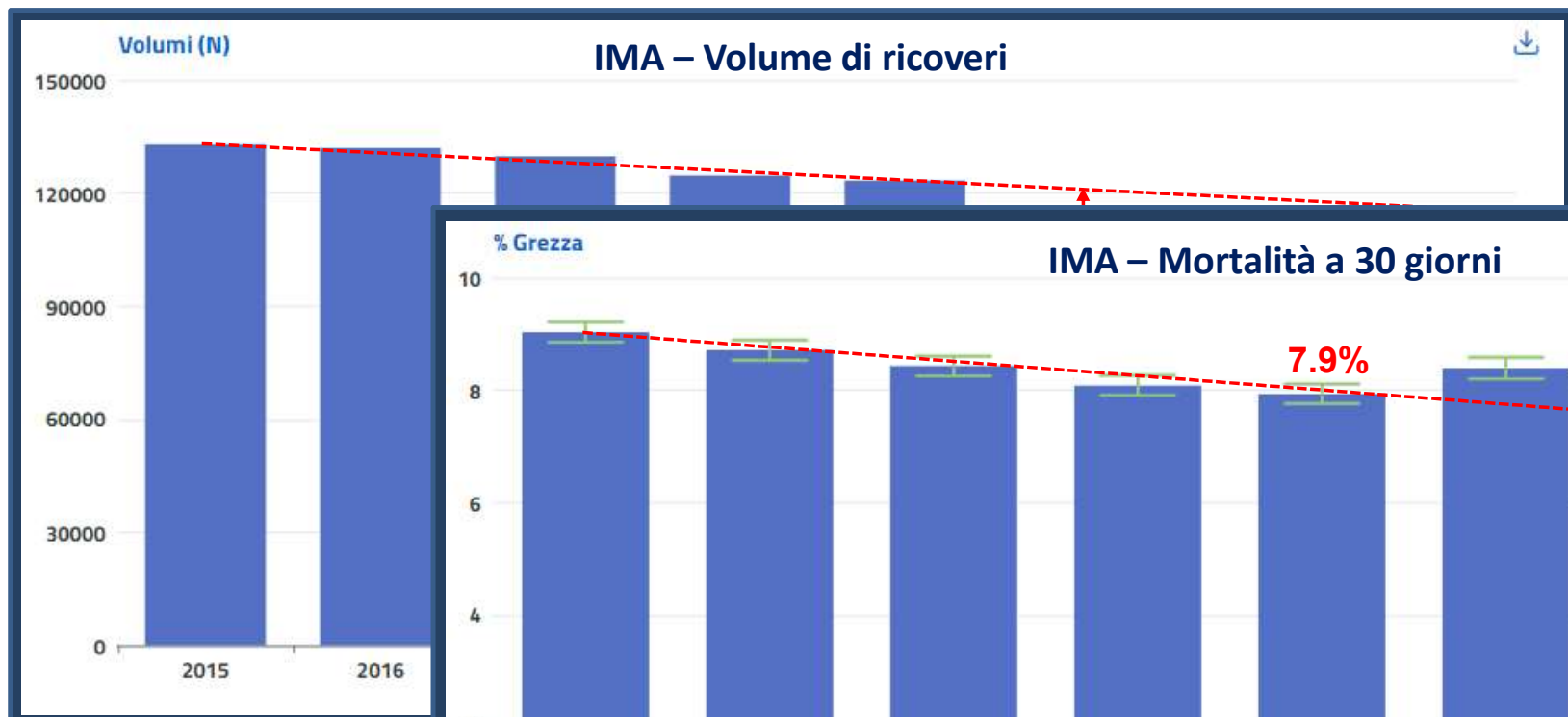
International Journal of Cardiology 184 (2015) 115-121



I pazienti con IMA complicato da scompensio presentano una mortalità molto più alta rispetto ai Non complicati!!

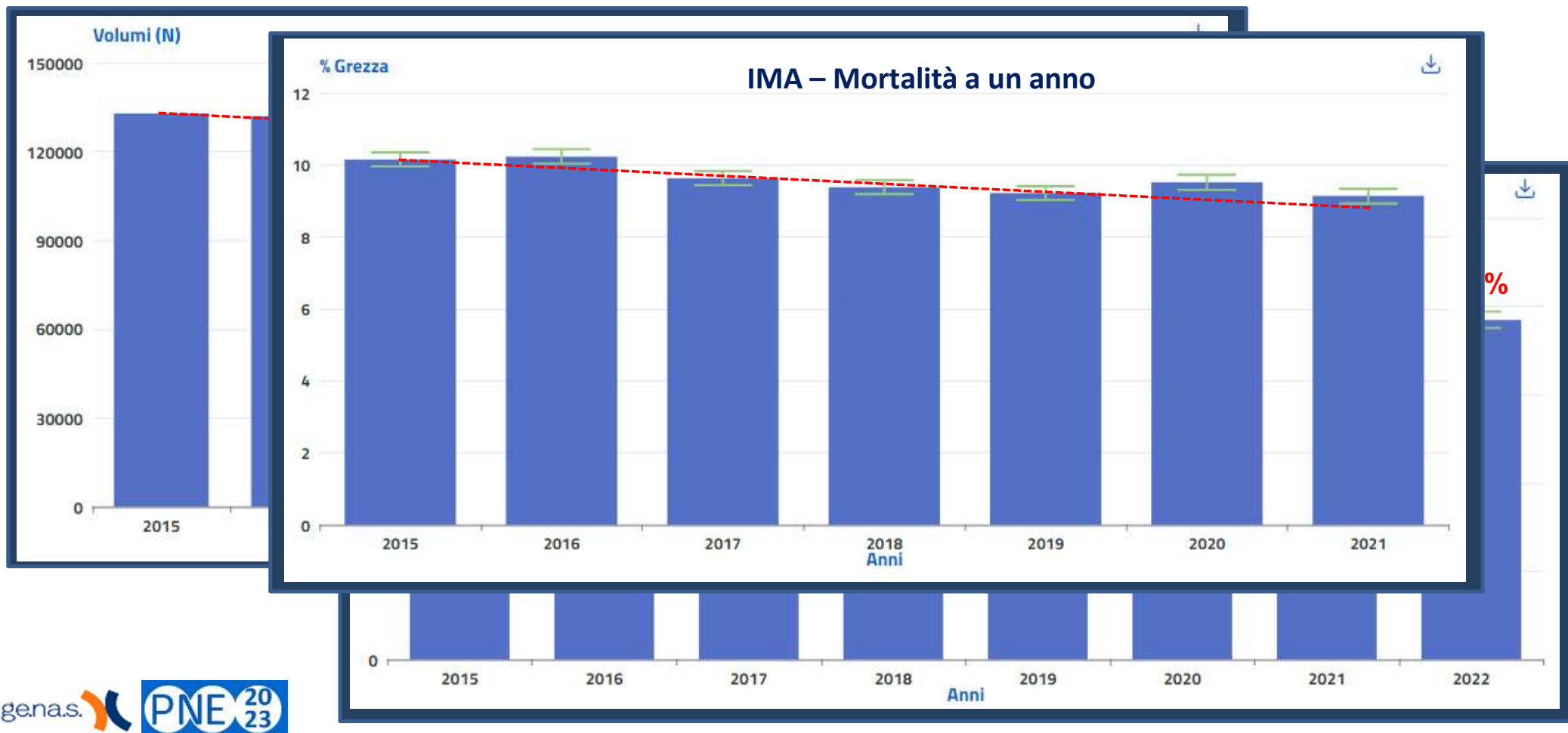


COSA CI DICE IL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI - 2023





COSA CI DICE IL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI - 2023



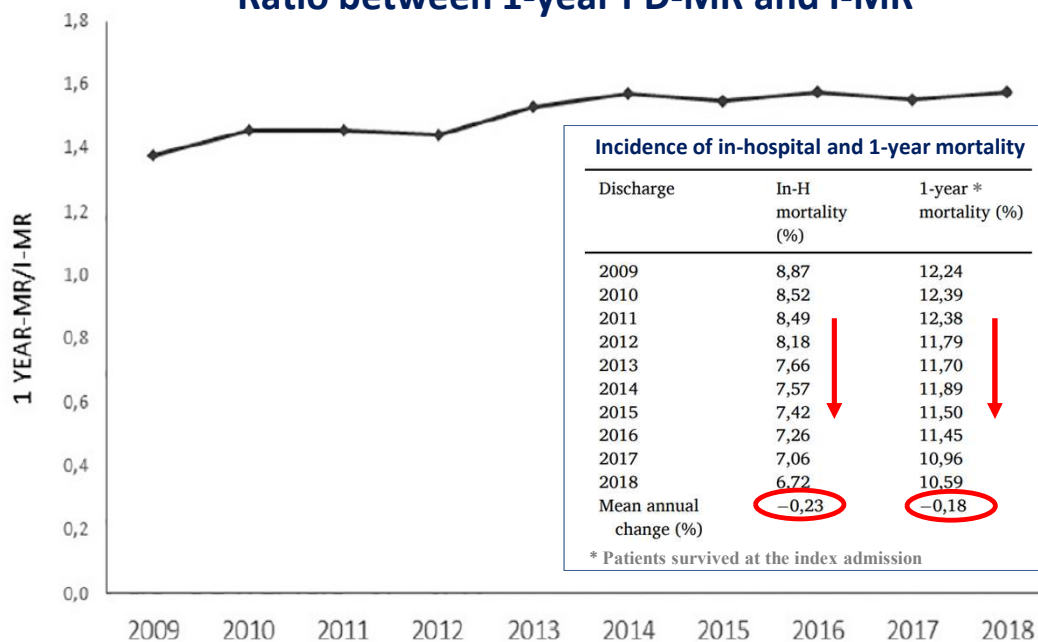


Impact of age, gender and heart failure on mortality trends after acute myocardial infarction in Italy

Leonardo De Luca^{a,b,*}, Stefano Domenico Cicala^c, Paola D'Errigo^d, Francesco Cerza^d,
Gian Francesco Mureddu^e, Stefano Rosato^d, Gabriella Badoni^d, Fulvia Seccareccia^d,
Giovanni Baglio^c

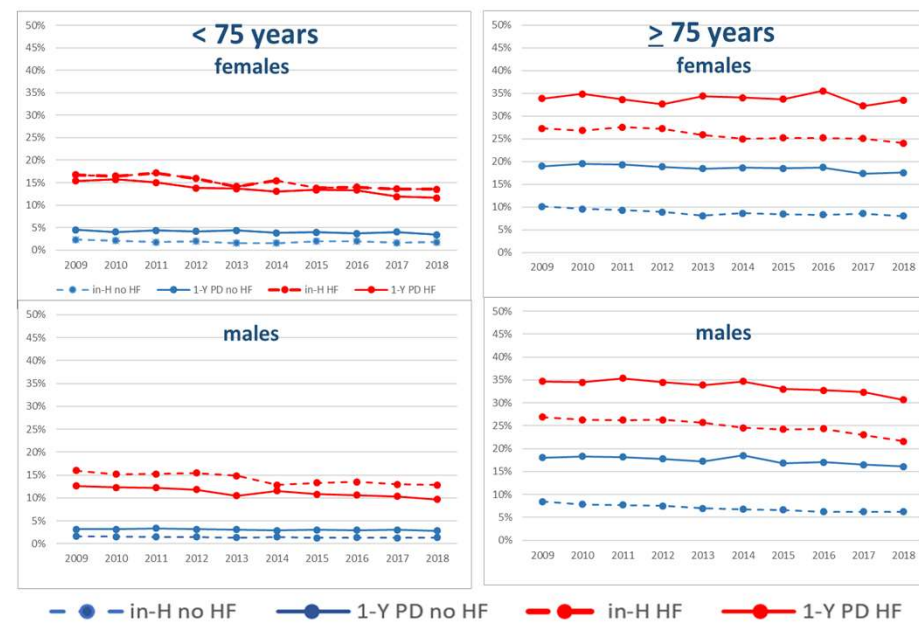
International Journal of Cardiology 348 (2022) 147–151

Ratio between 1-year PD-MR and I-MR



Since I-MR has decreased more than 1-Y-MR, the ratio between 1y PD-MR and I-MR increased over time

In-H and 1-year mortality in AMI complicated or not by HF



Patients with HF at the time of index admission present a particularly high risk of fatal events



NUOVI INDICATORI INTRODOTTI NEL PNE - 2023

INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA) COMPLICATO DA SCOMPENSO CARDIACO.

RAZIONALE

La letteratura scientifica evidenzia come l'incidenza di SCOMPENSO CARDIACO in pazienti sopravvissuti ad un infarto del miocardio, non diminuisca nel tempo e sia in grado di condizionarne pesantemente la prognosi.

L'insorgenza dello scompenso cardiaco in pazienti con IMA può essere influenzata da vari fattori (genetici, caratteristiche dell'infarto, fattori di rischio clinici,...) e, in parte, anche dalla tempestività di alcuni trattamenti dell'IMA in fase acuta (procedurali come PCI o farmacologici).

Circa un quinto dei pazienti con IMA che superano la fase acuta sviluppano scompenso cardiaco durante il ricovero indice.

I pazienti con IMA complicato da scompenso cardiaco, rispetto ai pazienti IMA non complicati, presentano una prognosi più infausta in termini di mortalità, MACCE e re-ricoveri per scompenso a medio-lungo termine, con tassi circa quattro volte più alti.

Questo differenziale prognostico impone la predisposizione di un piano assistenziale specifico che preveda per i pazienti con IMA complicato da scompenso una gestione differenziata e più intensiva (con interventi procedurali e farmacologici specifici e follow-up intensivi) che favorisca una migliore prevenzione secondaria e il miglioramento della prognosi.

Studi recenti dimostrano una riduzione della mortalità a breve termine nei pazienti con scompenso cardiaco a seguito dell'implementazione di cure integrate per questa condizione e della ottimizzazione dell'uso di farmaci specifici.

Indicatori di volume specifici per la sottopopolazione degli IMA complicati da scompenso cardiaco e di esito a lungo termine e possono contribuire a misurare sia il carico per il sistema, sia l'efficacia della gestione clinico-terapeutica di questi pazienti prevalentemente sul territorio.

In questo contesto, sono definiti i seguenti indicatori:

- **Volume** di ricoveri per Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco
- **Mortalità a 12 mesi** nei sopravvissuti a 30gg ad Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco
- **Eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi** nei sopravvissuti a 30gg ad un ricovero per Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco

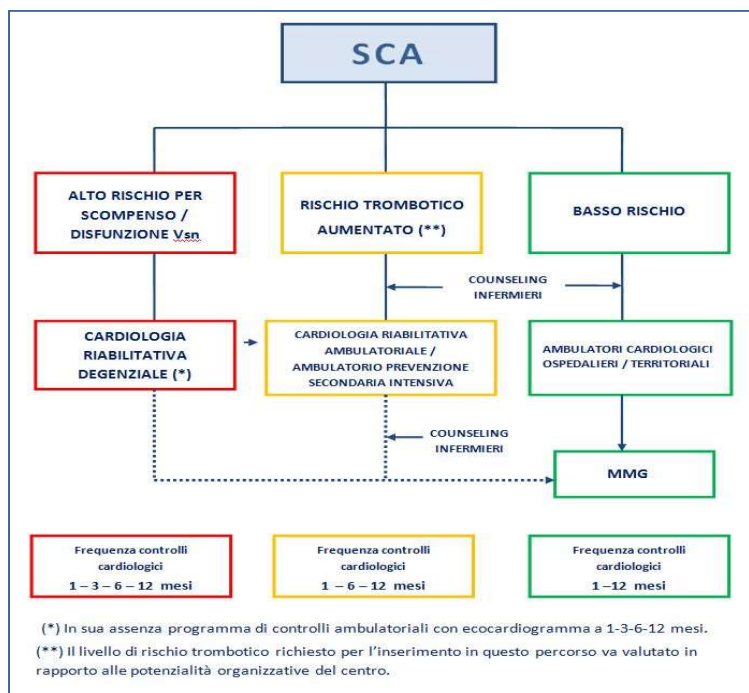
The screenshot shows the 'Programma Nazionale Esiti Edizione 2023' website. The search bar contains 'Infarto Miocardico Acuto (IMA) COMPLICATO DA SCOMPENSO CARDIACO'. The search results show 4 results. The first result is 'Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 1 anno'. The second result is 'Infarto Miocardico Acuto: MACCE a 1 anno'. The third result is 'Mortalità a 1 anno nei sopravvissuti a 30 giorni da Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco'. The fourth result is 'MACCE a 1 anno nei sopravvissuti a 30 giorni da Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco'. The third and fourth results are highlighted with a red box.



Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE
L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acute delle sindromi coronariche

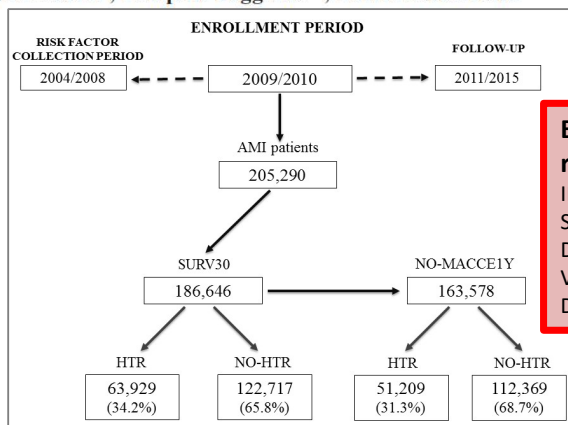
Commissione ANMCO/GICR-IACPR/GISE
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Società Italiana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR)
Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE)

G Ital Cardiol 2014;15(1 Suppl 1):35-275



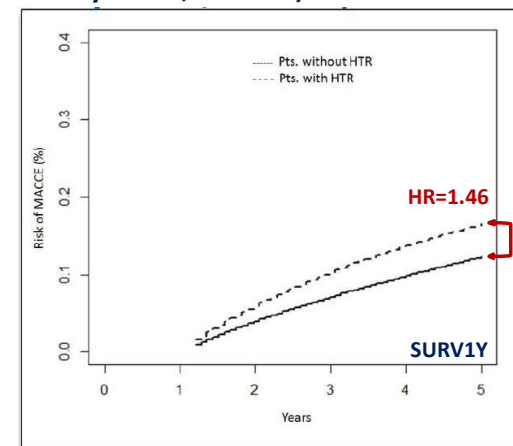
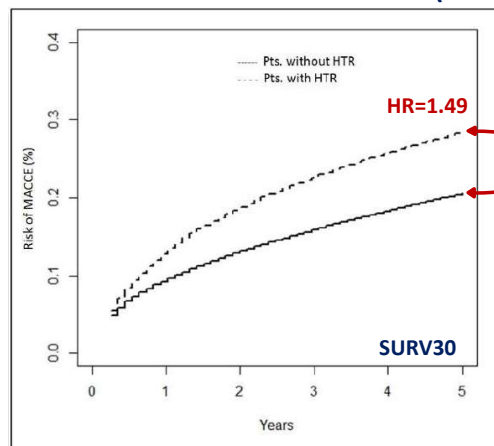
High thrombotic risk increases adverse clinical events up to 5 years after acute myocardial infarction. A nationwide retrospective cohort study

Gian Francesco Mureddu^{1,2}, Cesare Greco¹, Stefano Rosato³, Paola D'Errigo³, Leonardo De Luca², Gabriella Badoni³, Pompilio Faggiano^{4,5}, Fulvia Seccareccia³



Elevato rischio atero-trombotico residuo
IMA
Stroke ischemico
Diabete
Vasculopatia in altra sede vascolare
Disfunzione renale

MACCE (death from any cause, MI or IS)





ALCUNE CONSIDERAZIONI

- I dati del PNE confermano per i pazienti con IMA una **riduzione della mortalità intra-ospedaliera** più evidente rispetto a quella della **mortalità post-dimissione**
- **IMA non tutti uguali**: pazienti con **IMA complicato** (da *Scompensato Cardiaco* e/o da *elevato Rischio Trombotico Residuo*) hanno un destino molto più infausto

La presa in carico precoce di questi pazienti e la predisposizione di percorsi assistenziali mirati, soprattutto per la fase post-acuta, hanno la potenzialità di migliorarne la prognosi, aumentare l'appropriatezza delle cure e razionalizzare l'impiego delle risorse



GRAZIE DELL'ATTENZIONE!

Paola D'Errigo
Istituto Superiore di Sanità