



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

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



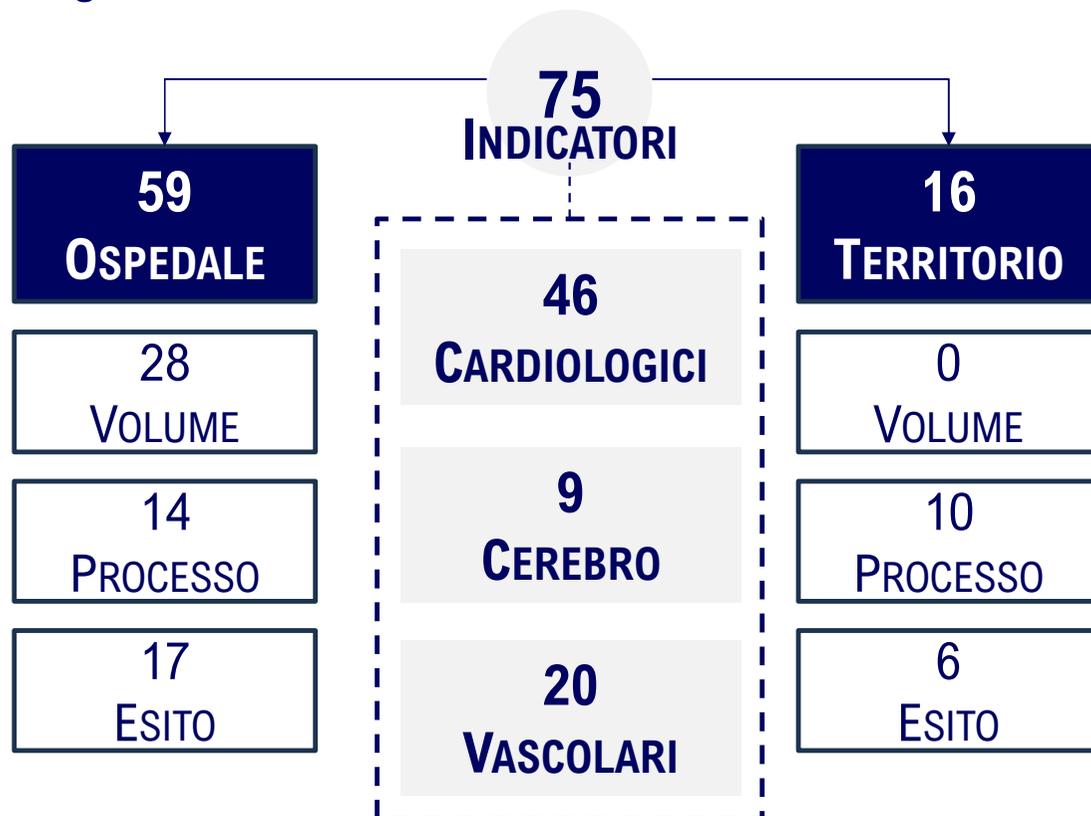
# Indicatori AGENAS per le reti cardiologiche

Giuseppe Musumeci  
SC Cardiologia  
Ospedale Mauriziano, Torino



# Lo stato dell'arte su indicatori in ambito cardio, cerebro e vascolare

Negli anni sono stati sviluppati **numerosi indicatori riferiti alle patologie cardio, cerebro e vascolari** parte del **Piano Nazionale Esiti (PNE)**, del **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, tramite la sperimentazione del calcolo degli indicatori **NSG-PDTA** avviata nel 2022 o le Reti **AGENAS**.



**61** indicatori di cardio, cerebro o vascolari nel **PNE 2023**



**14** nuovi indicatori (4 post acuto) individuati dal **Gruppo Tecnico AGENAS**



**11** indicatori per l'indagine 2023 sullo **stato di attuazione delle Rete Cardiologica**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

**RETE CARDIOLOGICA PER LE EMERGENZE:  
PRESENTAZIONE RELAZIONE CONCLUSIVA –  
BOARD AGENAS**

Sede ACENAS – Sala San Patrizio  
Via Piemonte 60, ROMA

28 SETTEMBRE 2023



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

**Gruppo Tecnico per l'elaborazione di  
proposte per l'attuazione e l'evoluzione  
della rete cardiologica per l'emergenza  
Relazione Conclusiva**

### **1.2 Istituzione del board multidisciplinare**

È stato definito con Delibera del Direttore Generale n. 455 del 22 novembre 2021 un board che racchiudesse il maggior numero possibile delle discipline mediche e non coinvolte nel percorso del paziente cardiologico includendo sia la parte precedente che quella successiva al ricovero in struttura per acuti. Pertanto, ne fanno parte cardiologi, cardiologi interventisti, cardiocirurghi, specialisti dell'emergenza, professioni infermieristiche, riabilitatori, medici igienisti e di direzione sanitaria.

Si è anche tenuto conto dei contesti di provenienza dei membri del board così da rappresentare diversi background regionali, in considerazione della variabilità geografica dei fenomeni in studio.

#### **Membri partecipanti al board/gruppo di lavoro**

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Affiliazione</b>
Cammelli Lorenzo	ASP Golgi Redaelli (Lombardia)
De Luca Leonardo	Cardiologia AO San Camillo, (Lazio) ANMCO
Della Vecchia Antonio	Ufficio 6°, Ministero della Salute (Lazio)
Esposito Giovanni	Università di Napoli, (Campania) GISE
Gerosa Gino	AOU Padova (Veneto)
Groff Paolo	<u>Osp. Santa Maria della Misericordia</u> , Perugia (Umbria)
Mauro Ciro	AORN Cardarelli (Campania)
Mureddu Gian Francesco	AO S. Giovanni Addolorata ANMCO e ITACARE-P (Lazio)
Musumeci Giuseppe ( <u>coord. Scientifico</u> )	Ospedale Mauriziano Torino, (Piemonte) GISE
Osanna Rocco	AO San Carlo, Potenza (Basilicata)
Pirovano Michele	AREU (Lombardia)
<u>Ursillo Paolo (coord. operativo)</u>	Agenas (Lazio)
Valente Serafina	AOU Siena (Toscana)

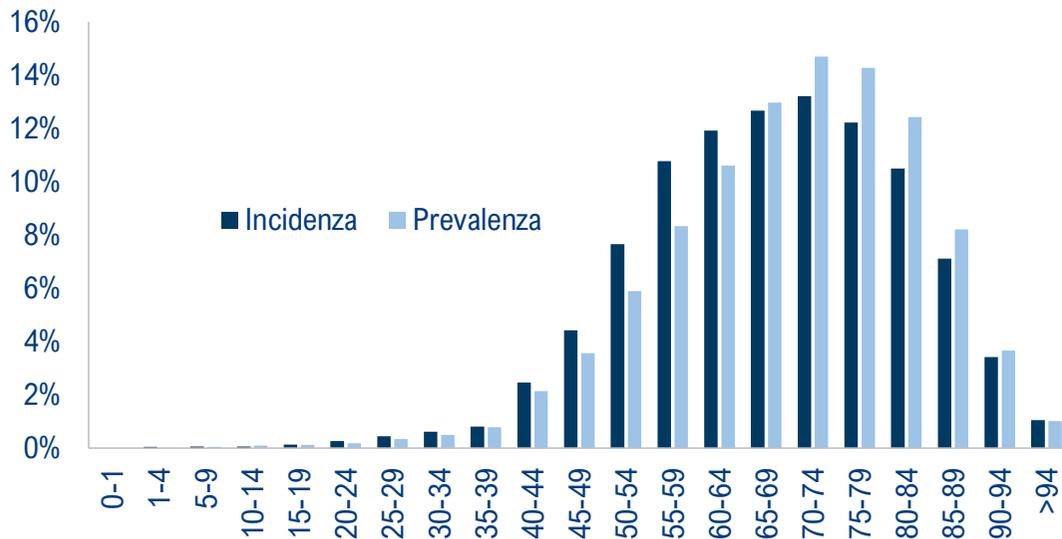
# Indicatori

- ✓ Area IMA –STEMI N=4
- ✓ Area Riabilitazione N=4
- ✓ Area Shock Cardiogeno N=6

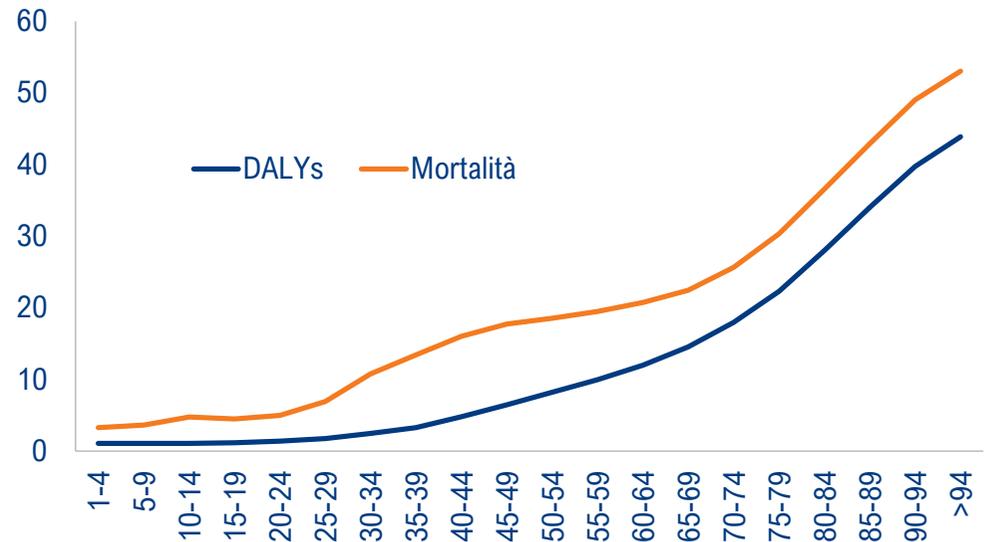
La malattie cardiovascolari e cerebrovascolari sono una delle principali cause di morbosità, invalidità e mortalità....

In Italia le **malattie cardiovascolari e cerebrovascolari** rappresentano la **1° causa di mortalità** e la **2° causa di DALY**; rappresentano anche la **1° causa di ricovero ospedaliero**

**Distribuzione della prevalenza e incidenza delle malattie cardio-cerebrovascolari in Italia per fasce d'età (%), 2019**



**Mortalità e DALY delle malattie cardio-cerebrovascolari in Italia per fasce d'età (% sul totale di decessi e DALY), 2019**



Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Meridiano Sanità XVII, 2022

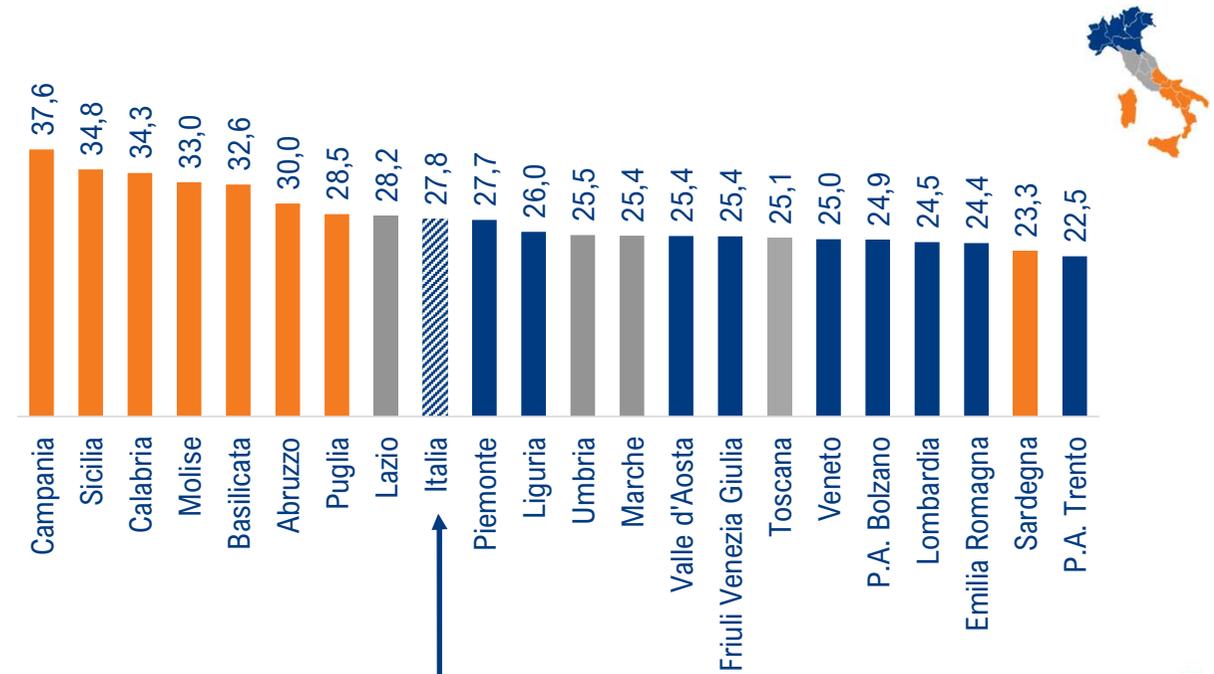
Esse causano più di 220.000 morti con un tasso di mortalità che varia notevolmente a livello regionale

**Ripartizione dei decessi per malattia cardiovascolare e cerebrovascolare (%), 2019**



**~ 27,8 decessi per 10.000 abitanti**  
(-34% rispetto al 2005)

**Mortalità per malattia del sistema circolatorio in Italia (tasso standardizzato per 10.000 abitanti), 2019**

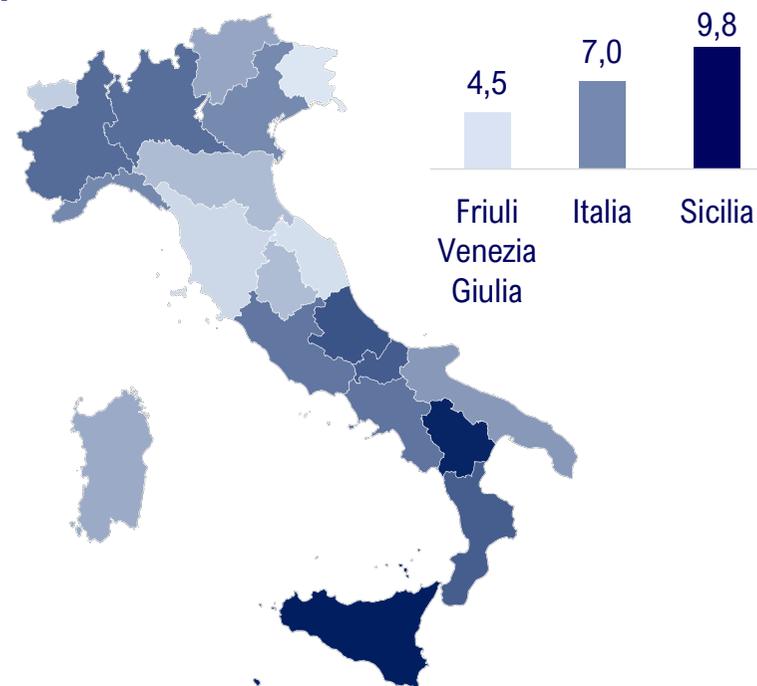
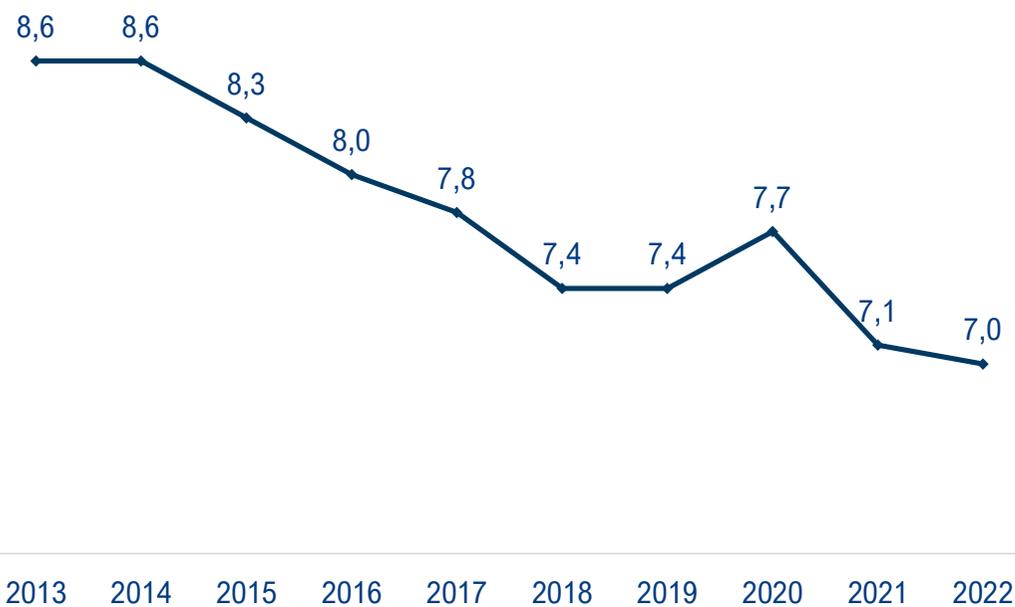


Il tasso è superiore alla media nazionale in **tutte le Regioni del Sud**



## La riduzione della mortalità a 30 giorni, pur con difformità territoriali, testimonia la qualità della presa in carico ospedaliera

**Mortalità a 30 giorni (diagnosi principale) per IMA in Italia (%), 2013-2022**

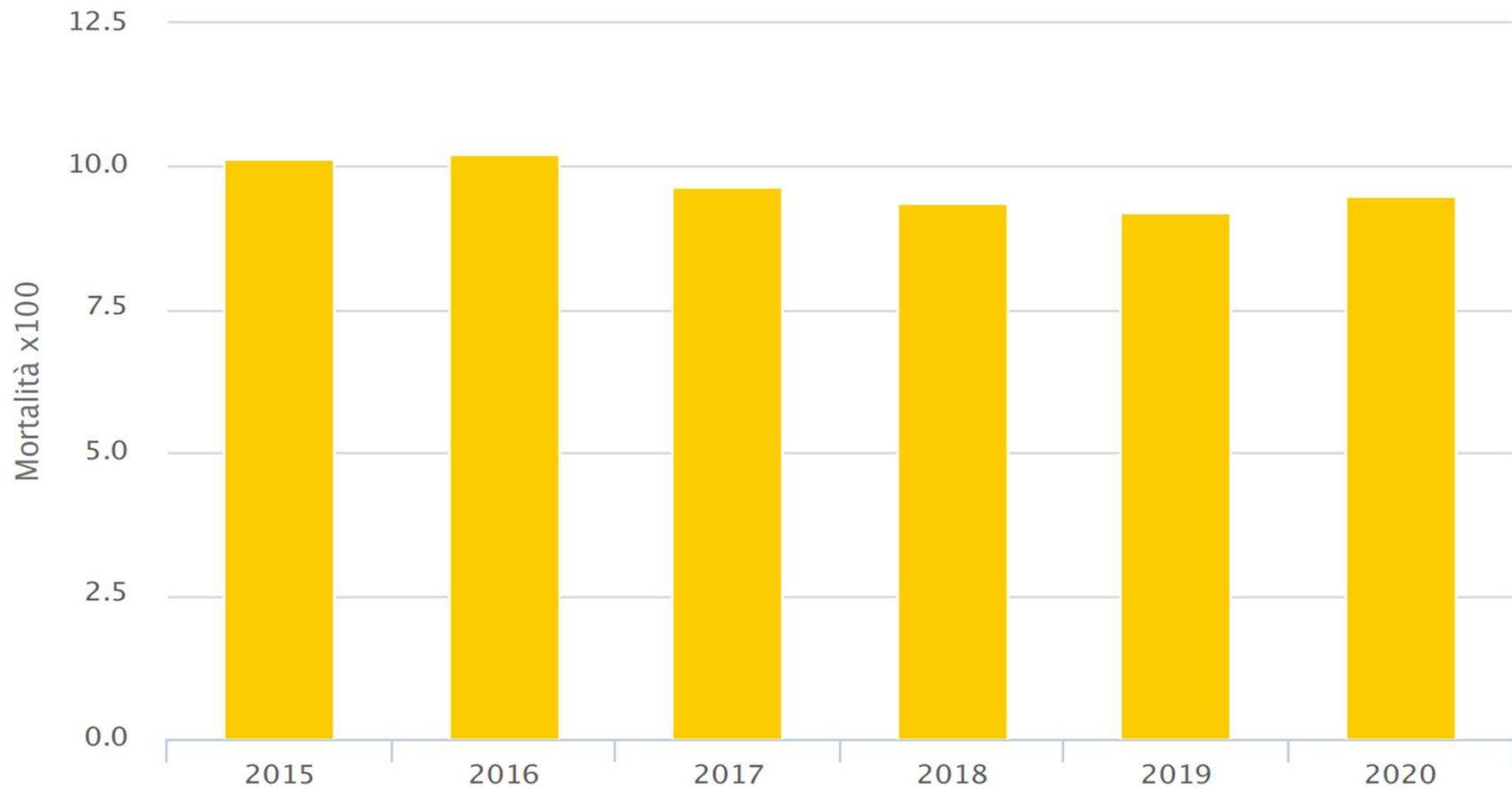


Permangono criticità anche nella continuità assistenziale tra ospedale e territorio

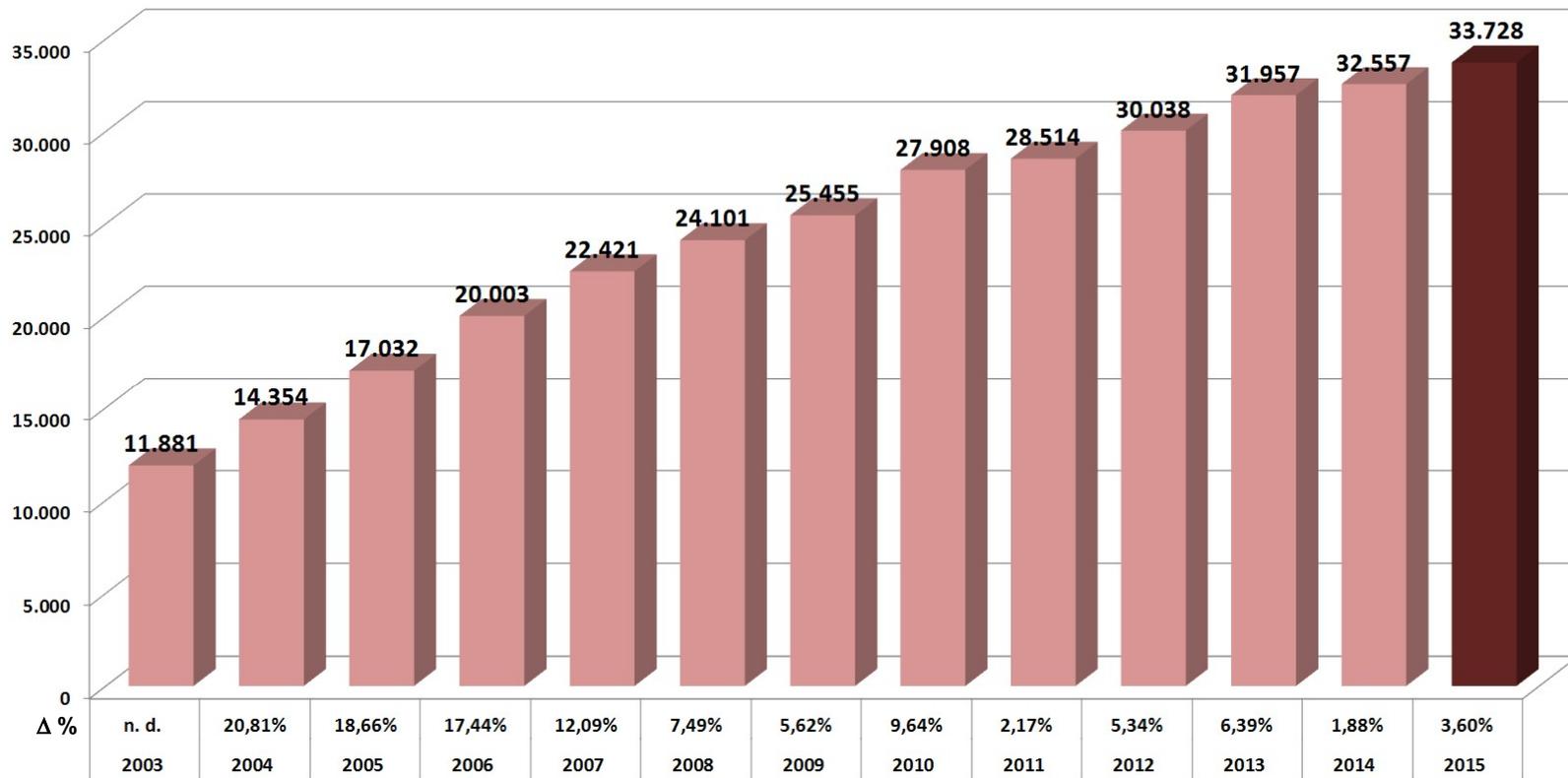
Agli ottimi risultati raggiunti nella gestione dell'emergenza (30 giorni) **non è corrisposta una riduzione altrettanto significativa della mortalità a 1 anno**, segnale di criticità nella gestione dei pazienti sul territorio



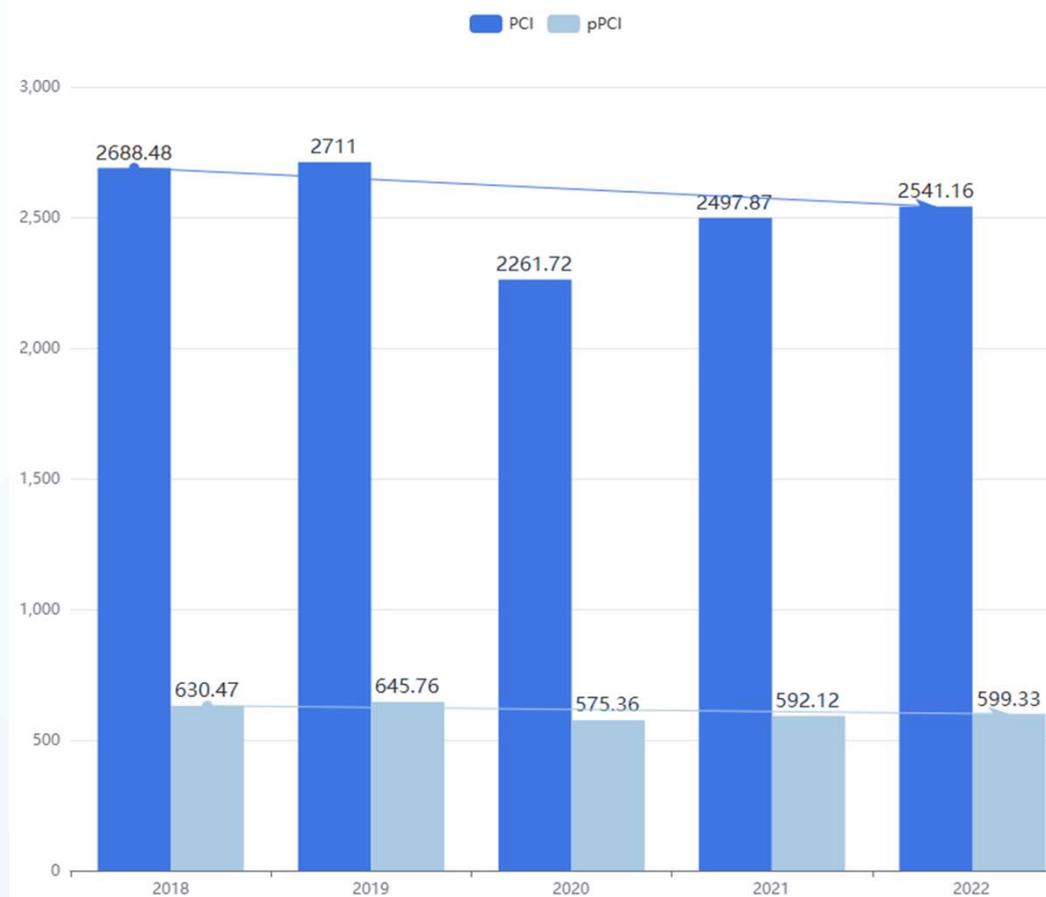
## Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno



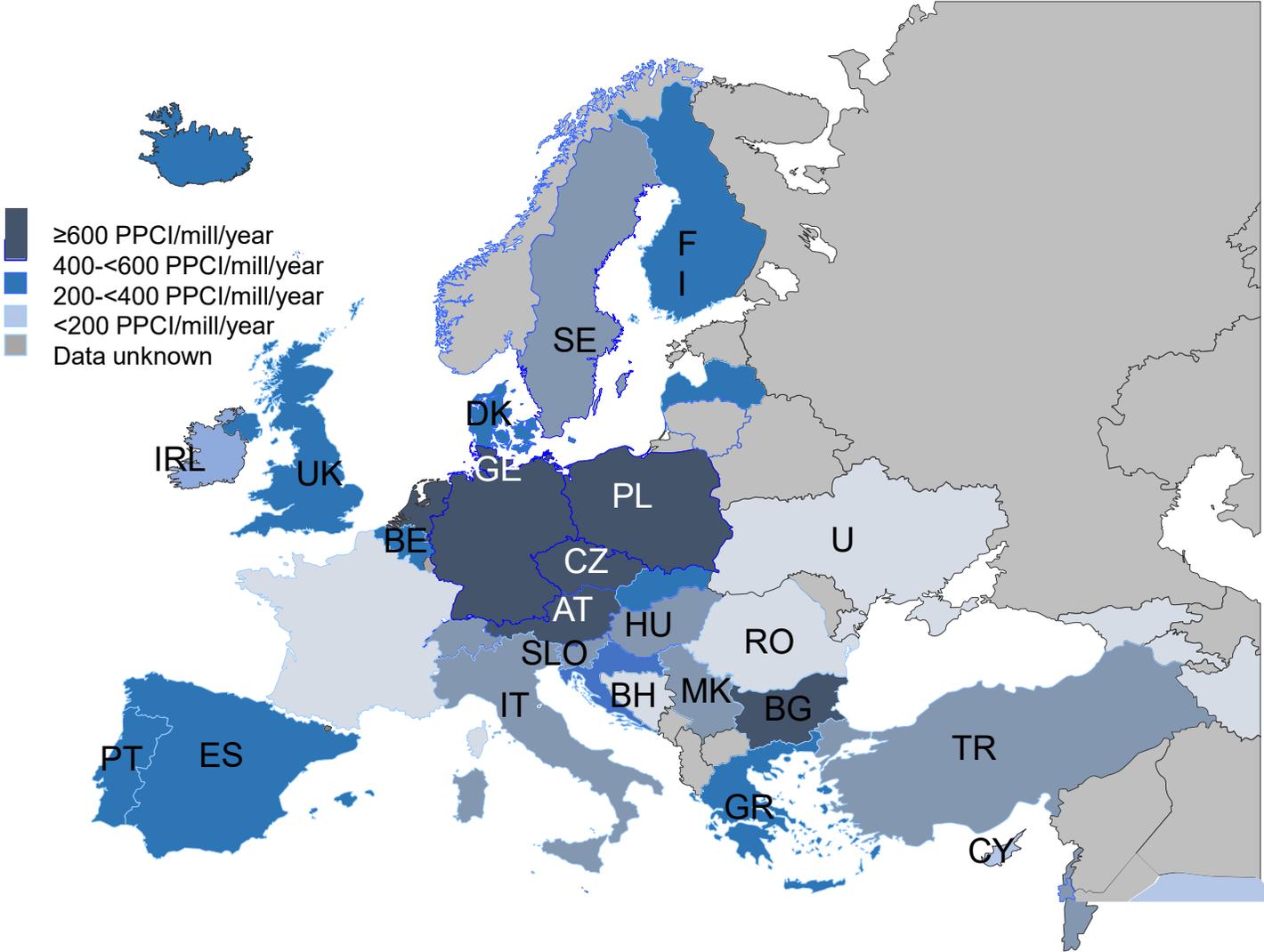
# Angioplastica (PCI) primaria in corso di infarto miocardico acuto/serie storica



## PCI e pPCI valori assoluti e Valori/1.000.000 abitanti Serie storica Italia

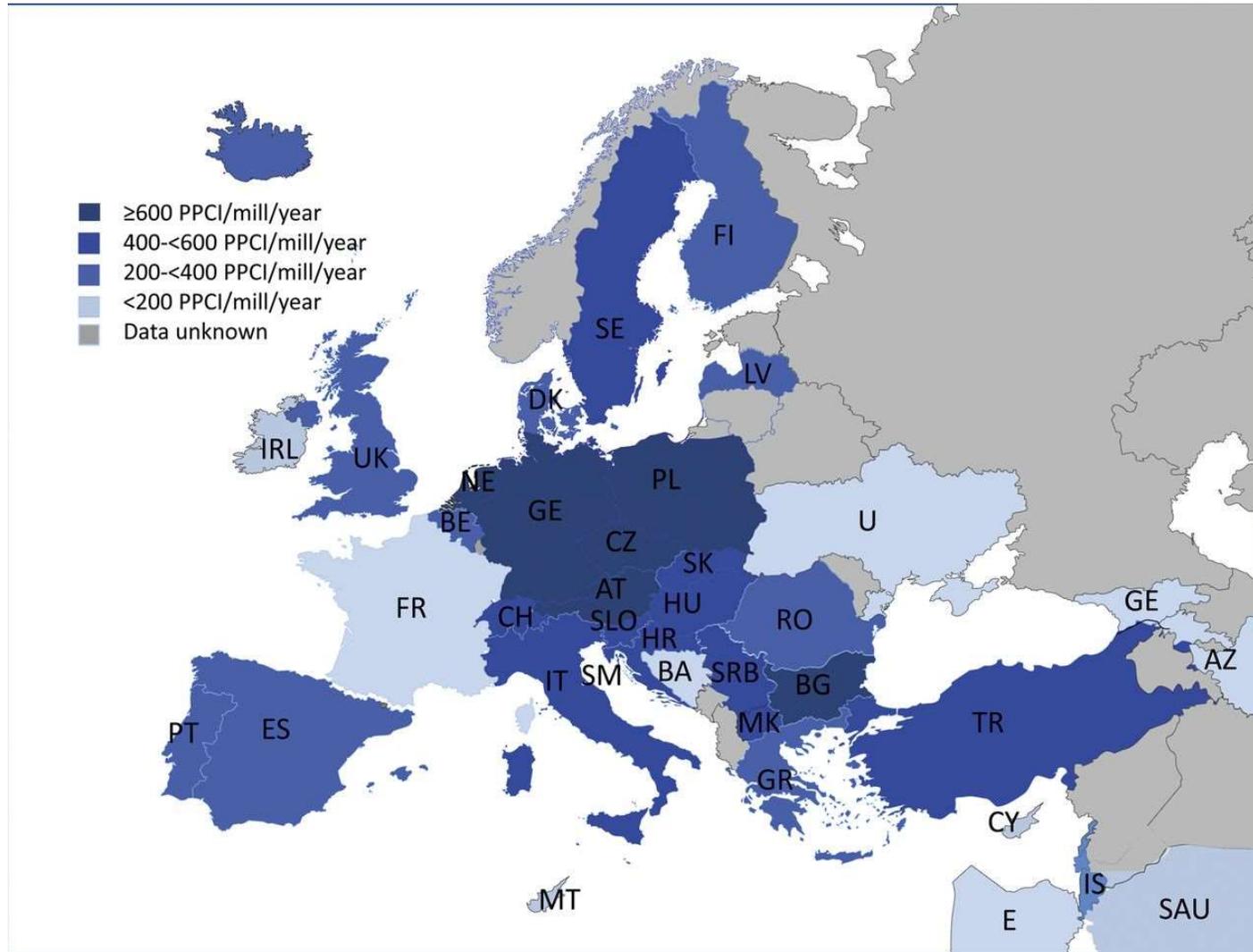


# Numbers of Primary Percutaneous Coronary Interventions per million inhabitants 2008



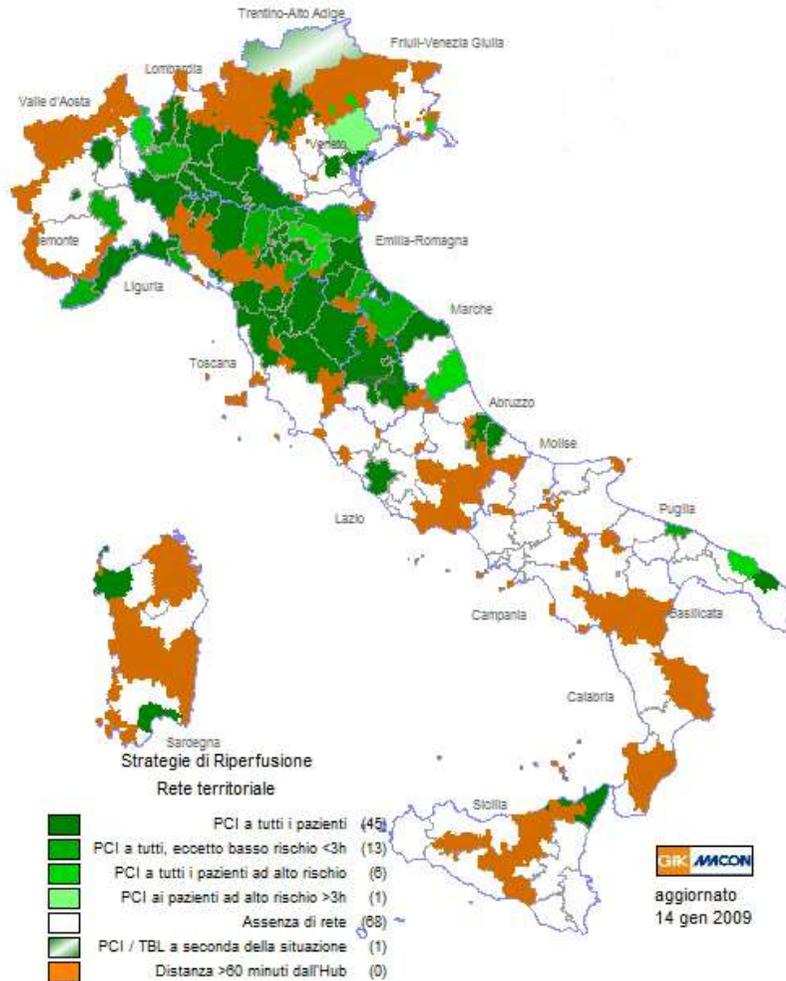


## P-PCI 1 000 000 inhabitants in 37 ESC countries 2010/2011.

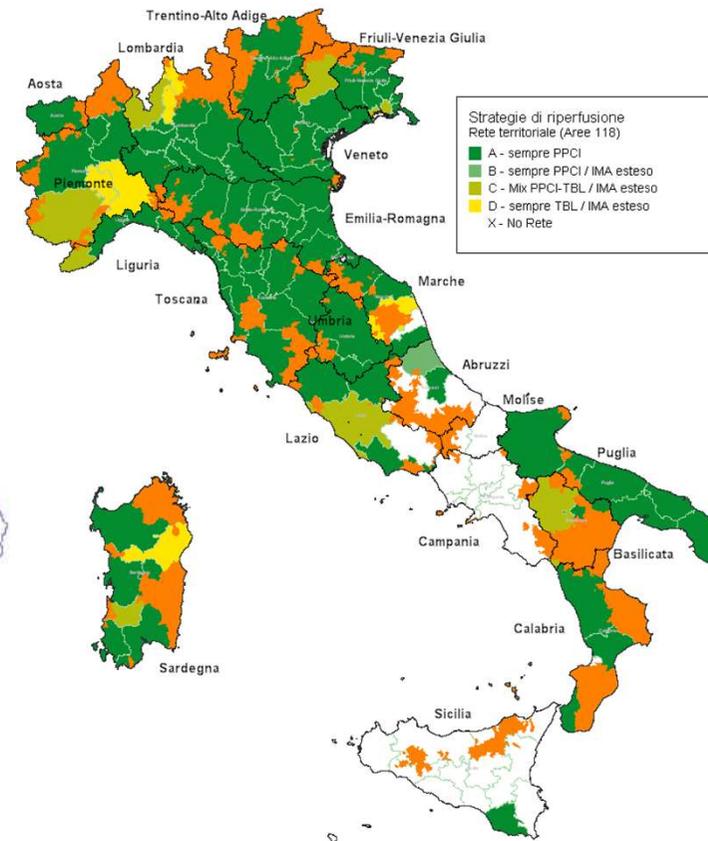


Italia 2022  
599 PPCI/1.000.000

# Strategie di riperfusione - Rete territoriale Aree 118

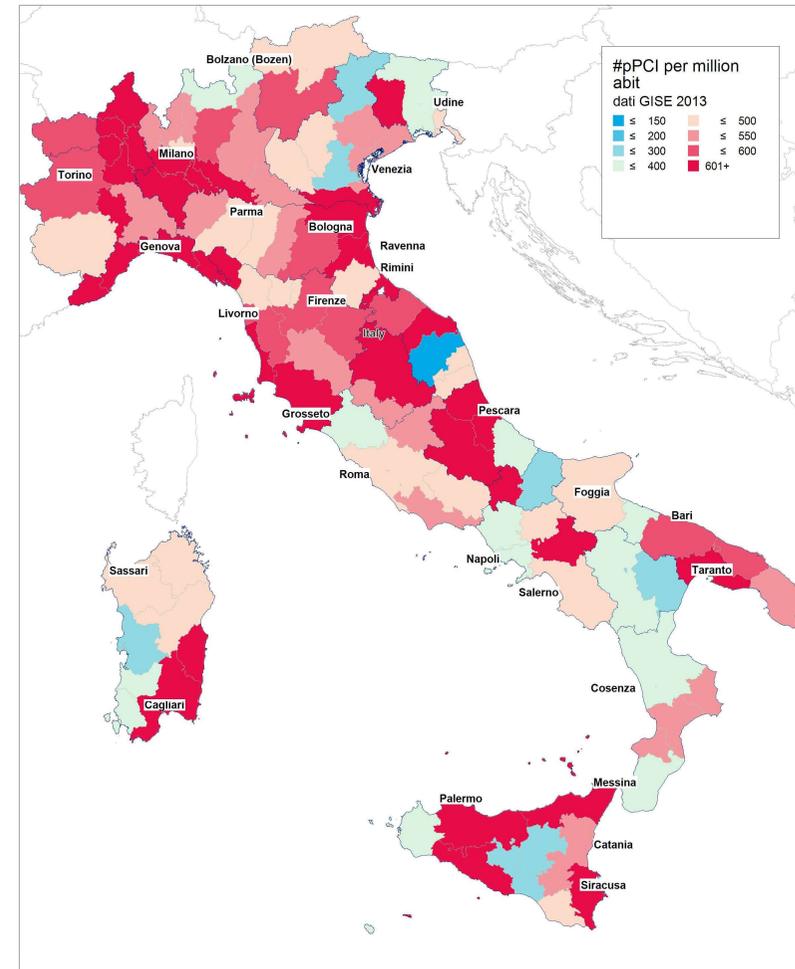
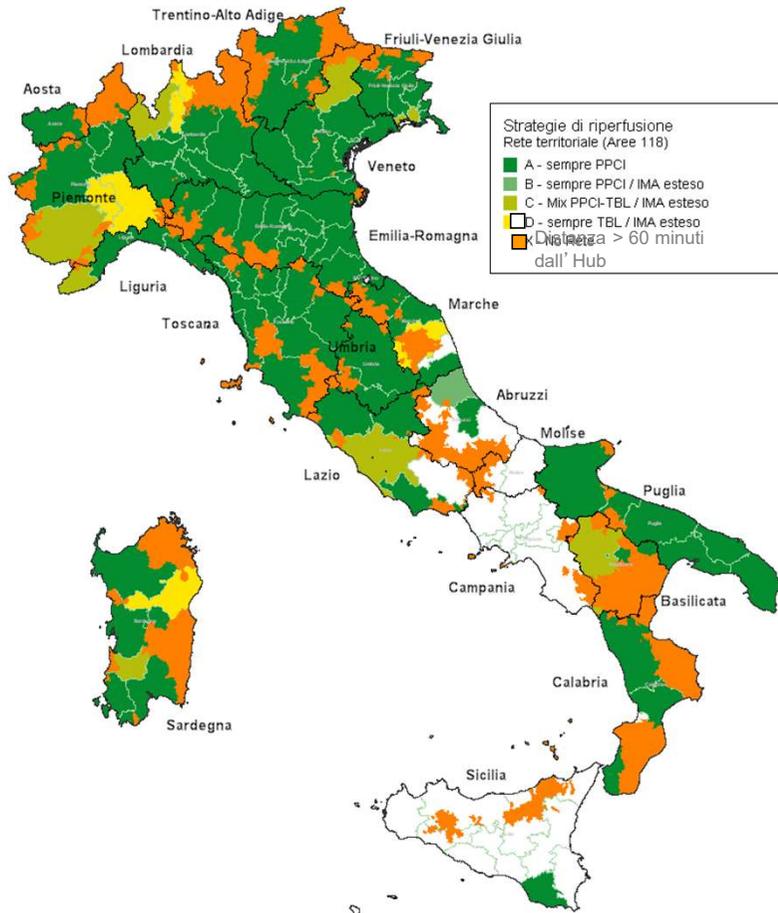


**Rete IMA web.1 (2006-2008)**



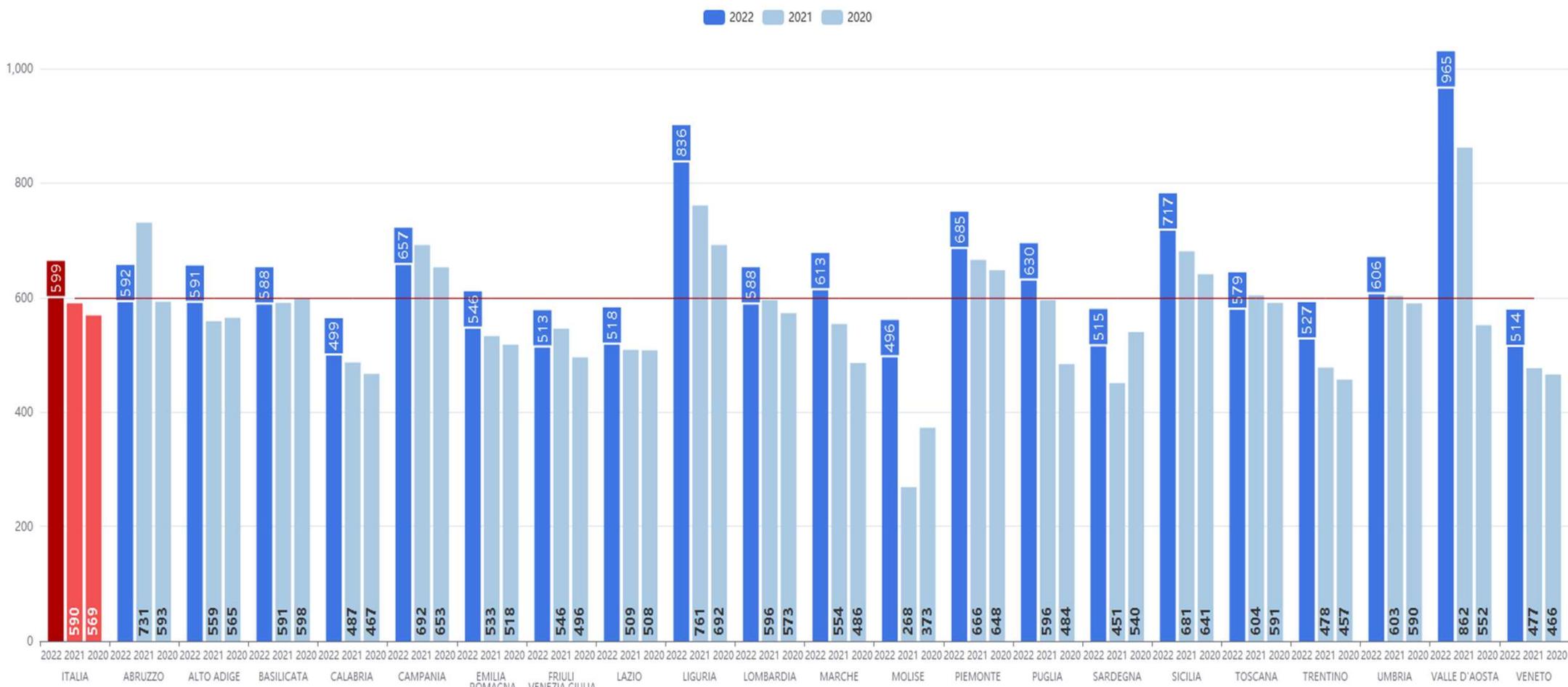
**Rete IMA web.2 (2012-2013)**

# GISE rapporto d'attività: numero di p-PCI per milione abitanti



534 pPCI/milione abitanti

## pPCI/1.000.000 Abitanti Italia e Regioni 2020-2022



# Proposta Indicatori Area IMA STEMI

N	Nome indicatore e descrizione	Numeratore	Denominatore	Livello di analisi
1	<b>Door to balloon 90 minuti</b> Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro novanta minuti dall'ingresso in PS	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una <b>PTCA entro 90 minuti dall'ingresso in PS</b>	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA	provinciale
2	<b>DiDo (door in door out) accesso diretto in emodinamica (%)</b> Pazienti IMA-STEMI giunti con mezzi 118 acceduti direttamente in emodinamica dal PS. Inizio dell'intervento) entro 5 minuti dall'accesso in PS/apertura del GIPSE (%)	<b>Pazienti IMA-STEMI con accesso in emodinamica (inizio dell'intervento di PTCA) entro 5 min</b> dall'apertura del GIPSE/ accesso in PS. Solo pazienti giunti con mezzi 118, non autopresentati.	Pazienti IMA STEMI con eseguita PTCA. Solo pazienti giunti con mezzi 118, non autopresentati	provinciale
3	<b>DiDo (door in door out) &lt;30min PS di Ospedale dotato di emodinamica, paziente IMA STEMI (%)</b> Proporzione (%) di pazienti autopresentati (non mezzi 118) per cui il percorso in PS viene concluso entro 30 minuti: Da accesso in PS a dimissione in PS. Struttura ospedaliera dotata di emodinamica	Numero di episodi in cui il <b>paziente viene dimesso dal PS entro 30 minuti</b> dall'accettazione nel medesimo PS di ospedale dotato di emodinamica. Paziente autopresentatosi direttamente in PS, non trasportato dal 118. Paziente con diagnosi di IMA-STEMI ed eseguita PTCA	Pazienti IMA-STEMI con eseguita PTCA. Solo pazienti autopresentatosi direttamente in PS, non trasportati dal 118. Struttura ospedaliera dotata di emodinamica.	provinciale
4	<b>DiDo (door in door out) PS di Ospedale NON dotato di emodinamica, paziente IMA STEMI (%)</b> Proporzione (%) di pazienti autopresentati (non mezzi 118) per cui il percorso in PS viene concluso entro 45 minuti: Da accesso in PS a dimissione in PS. Struttura ospedaliera NON dotata di emodinamica.	<b>% pazienti conclusi in PS entro 45 minuti:</b> Da accesso in PS a dimissione in PS	Pazienti IMA-STEMI con eseguita PTCA. Solo pazienti autopresentatosi direttamente in PS, non trasportati dal 118. Struttura ospedaliera NON dotata di emodinamica	provinciale

# Proposta Indicatori Area Shock Cardiogeno

N	Nome indicatore e descrizione	Numeratore	Denominatore	Livello di analisi
1	<b>Mortalità intraospedaliera nei pazienti &lt;75aa con shock cardiogeno (%)</b> Proporzione dei pazienti di età <75 anni deceduti durante il ricovero per shock cardiogeno (SC)	Pazienti ricoverati con diagnosi di shock cardiogeno dimessi deceduti dalla struttura di ricovero	Pazienti ricoverati con diagnosi di shock cardiogeno	provinciale
2	<b>Mortalità intraospedaliera nei pazienti &lt;75aa con scompenso cardiaco acuto (%)</b> Proporzione dei pazienti di età <75 anni deceduti durante il ricovero per scompenso cardiaco acuto (SCA)	Pazienti ricoverati con diagnosi di scompenso cardiaco acuto dimessi deceduti dalla struttura di ricovero	Pazienti ricoverati con diagnosi di scompenso cardiaco acuto	provinciale
3	<b>Mortalità intraospedaliera nei pazienti &lt;75aa con shock cardiogeno o scompenso cardiaco acuto (%)</b> Proporzione dei pazienti di età <75 anni deceduti durante il ricovero per shock (SC) oppure scompenso cardiaco acuto (SCA)	Pazienti ricoverati con diagnosi di shock cardiogeno oppure scompenso cardiaco acuto dimessi deceduti dalla struttura di ricovero	Pazienti ricoverati con diagnosi di shock cardiogeno oppure scompenso cardiaco acuto	provinciale
4	<b>Accesso a mechanical circulatory support (supporto meccanico al circolo) (%)</b> Proporzione di pazienti sottoposti a forme di supporto circolatorio extracorporeo (ECLS)	Pazienti ricoverati con diagnosi di shock cardiogeno (785.51) oppure scompenso cardiaco acuto (428) sottoposti a ECLS (ECMO 37.65, 39.65, impella 37.68)	Pazienti ricoverati con diagnosi di shock cardiogeno (785.51) oppure scompenso cardiaco acuto (428)	provinciale
5	<b>Accesso a Intra-aortic balloon pump – contropulsatore aortico (%)</b> Proporzione di pazienti sottoposti all'impianto di contropulsatore aortico (IABP)	Pazienti ricoverati con diagnosi di shock cardiogeno oppure scompenso cardiaco acuto sottoposti all'impianto di contropulsatore aortico (IABP 37.61)	Pazienti ricoverati con diagnosi di shock cardiogeno (785.51) oppure scompenso cardiaco acuto (428)	provinciale
6	<b>Recovery alla dimissione della funzione cardiaca dopo impianti ECLS/impella (%)</b> Proporzione di pazienti con recupero della funzione cardiaca (FEV>30%) dopo ricovero con procedure di supporto (ECLS/impella).	Pazienti con FEV >30% dopo ricovero con procedure di supporto al circolo extracorporeo (ECLS o impella).	Pazienti ricoverati con diagnosi di SC o scompenso cardiaco acuto ricoverati con intervento di ECLS o Impella (37.65, 37.68, 39.65)	provinciale

# Proposta Indicatori Area Riabilitazione

N	Nome indicatore e descrizione	Numeratore	Denominatore	Livello di analisi
1	<p><b>Individuazione dei pazienti ad alto rischio ischemico residuo</b></p> <p>Proporzione (%) di pazienti ad alto rischio (malattia coronarica multivasale e/o arteriopatia periferica e/o diabete e/o insufficienza renale e/o rivascolarizzazione incompleta) rispetto al totale dei ricoveri per SCA</p>	<p>Pz con diag. Secondarie indicate (codificare arteriopatia periferica, malattia coronarica multivasale, diabete t2, IRC o rivascolarizzazione incompleta</p>	<p>Pazienti con diagnosi principale IMA STEMI o NSTEMI (diagnosi principale 410.XX)</p>	<p>Regionale / provinciale</p>
2	<p><b>Individuazione</b> tra i soggetti con sindrome coronarica acuta o insufficienza cardiaca dei pazienti ad <b>alto rischio clinico per bassa funzione cardiaca</b></p>	<p>Pazienti con diagnosi di sindrome coronarica acuta (diagnosi principale o secondaria 410.XX) e contestualmente insufficienza cardiaca (428.XX)</p>	<p>Pazienti con diagnosi di sindrome coronarica acuta (diagnosi principale o secondaria 410.XX)</p>	<p>Regionale / provinciale</p>
3	<p><b>Invio a programma di cardiologia riabilitativa (CR) in degenza o ambulatoriale (%)</b></p>	<p>Pazienti dimessi con diagnosi di IMA in modalità 7 (trasferimento ad altro regime di ricovero (diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitaz., lungodeg.) nell'ambito dello stesso istituto di cura) oppure 8 (trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione)</p>	<p>Pazienti dimessi con diagnosi di IMA</p>	<p>Regionale / provinciale</p>
4	<p><b>Raggiungimento del target lipidico LDL (&lt; 55 mg/dl) a 6 mesi da una sindrome coronarica acuta</b></p>	<p>% pazienti con LDL&lt;55 mg/dl a 6 mesi</p>	<p>Tutti i pz dimessi vivi post SCA</p>	<p>Regionale / provinciale</p>

## Trends in mortality and heart failure after acute myocardial infarction in Italy from 2001 to 2011<sup>☆</sup>

Cesare Greco<sup>a,\*</sup>, Stefano Rosato<sup>b</sup>, Paola D'Errigo<sup>b</sup>, Gian Francesco Mureddu<sup>a</sup>, Eleonora Lacorte<sup>b</sup>, Fulvia Seccareccia<sup>b</sup>

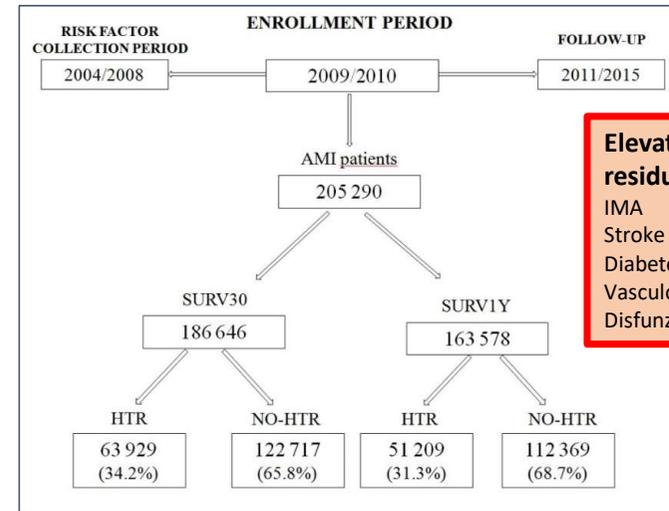
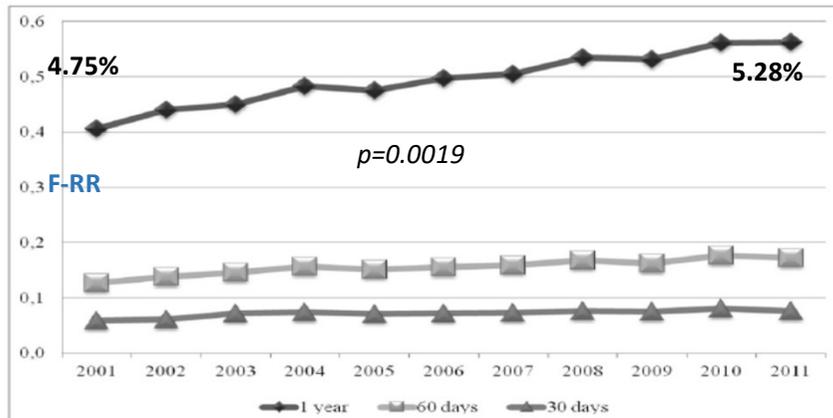


## High thrombotic risk increases adverse clinical events up to 5 years after acute myocardial infarction. A nationwide retrospective cohort study

Gian Francesco Mureddu<sup>1,2</sup>, Cesare Greco<sup>1</sup>, Stefano Rosato<sup>3</sup>, Paola D'Errigo<sup>3</sup>, Leonardo De Luca<sup>2</sup>, Gabriella Badoni<sup>3</sup>, Pompilio Faggiano<sup>4,5</sup>, Fulvia Seccareccia<sup>3</sup>

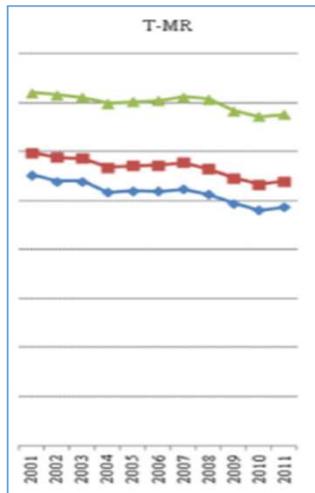


Andamento dei tassi di re-ammissione ospedaliera fatale (F-RR) a 1 anno (rombi), 30 giorni (triangoli) e 60 giorni (quadrati) nelle popolazioni italiana con IMA.

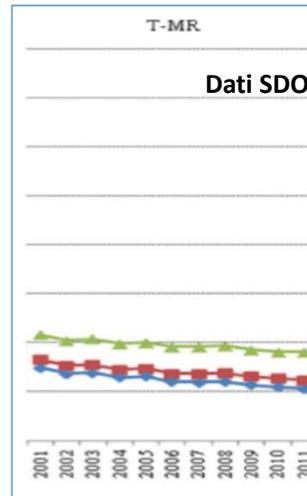


**Elevato rischio atero-trombotico residuo**  
 IMA  
 Stroke ischemico  
 Diabete  
 Vasculopatia in altra sede vascolare  
 Disfunzione renale

## MACCE: death from any cause, MI or IS)

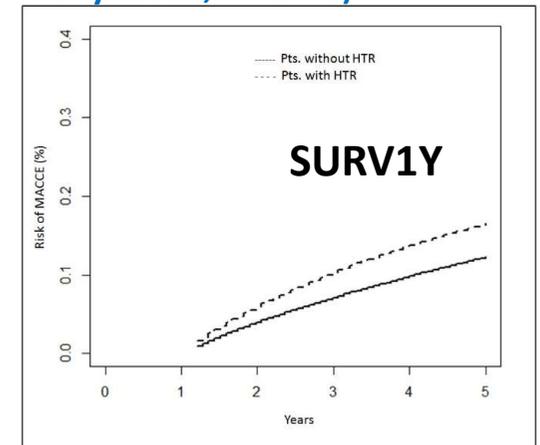
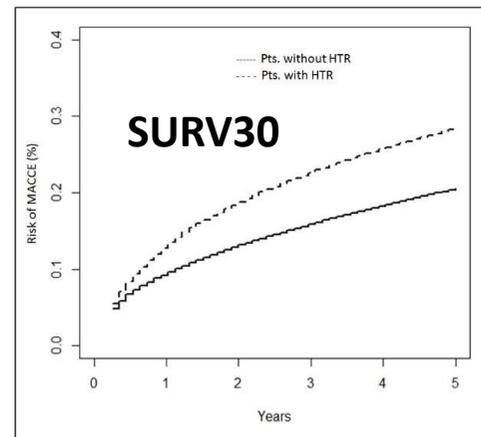


AMI patients with heart failure



AMI patients without heart failure

Dati SDO 2001-2011



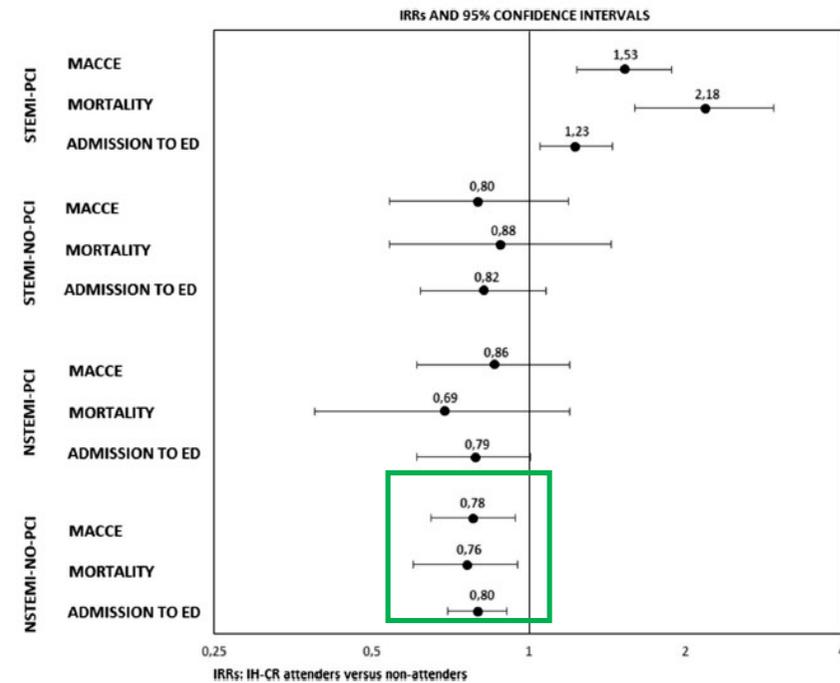
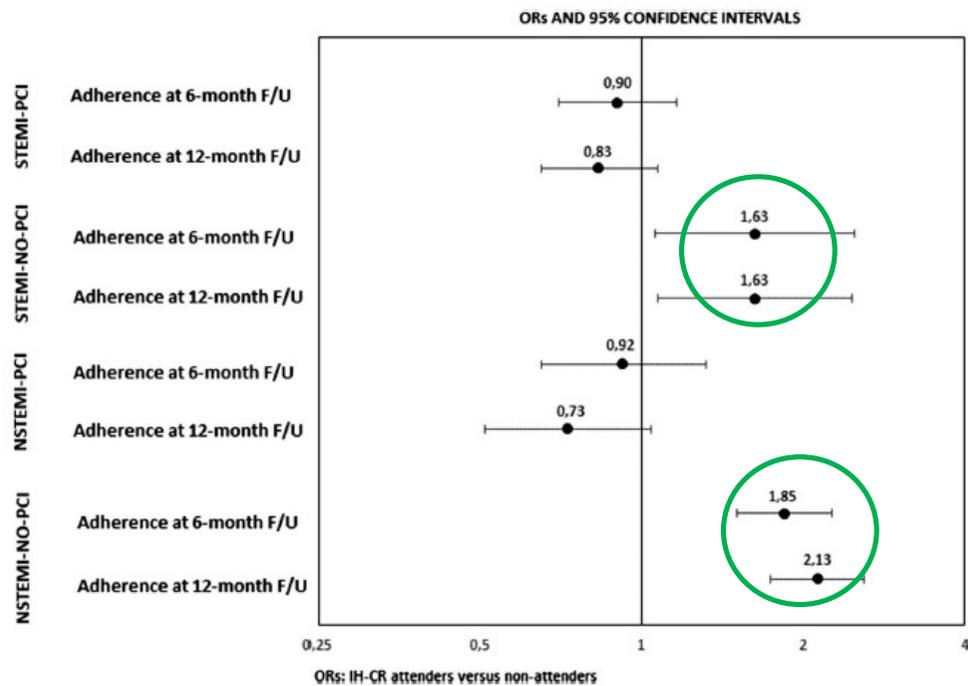
Mureddu GF et al. Monaldi Archives for Chest Disease 2019;89:1166

# The impact of in-hospital cardiac rehabilitation program on medication adherence and clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction in the Lazio region of Italy



Salvatore Soldati<sup>1</sup>, Mirko Di Martino<sup>1\*</sup>, Alessandro Cesare Rosa<sup>1</sup>, Danilo Fusco<sup>1</sup>, Martina Davoli<sup>1</sup> and Gian Francesco Mureddu<sup>2</sup>

This is a population-based study. Data were obtained from the Health Information Systems of the Lazio Region, Italy (5 million inhabitants). Hospitalized patients aged  $\geq 18$  years with an incident AMI in 2013–2015 were investigated. We divided the whole cohort into 4 groups of patients: ST-elevation AMI (STEMI) and non-ST-elevation AMI (NSTEMI) who underwent or not percutaneous coronary intervention (PCI) during the hospitalization  
**13.540 patients were enrolled**

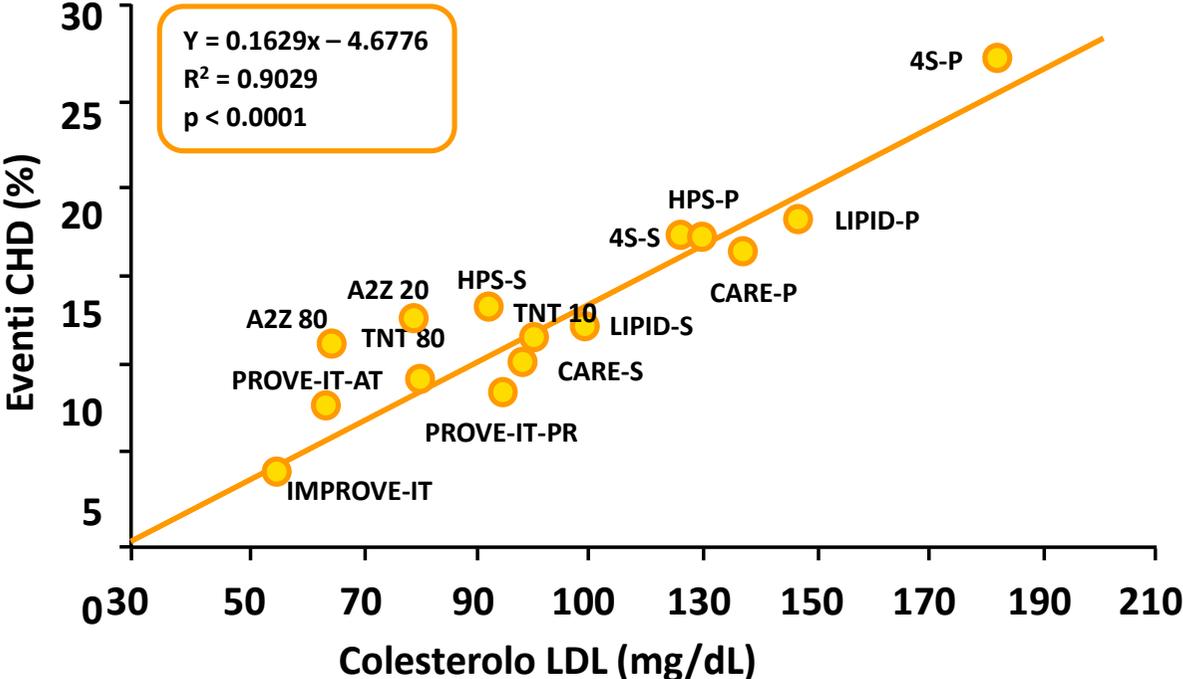


Esiste una **correlazione** tra tasso di mortalità per le patologie cardiovascolari e cerebrovascolari e molti fattori di rischio



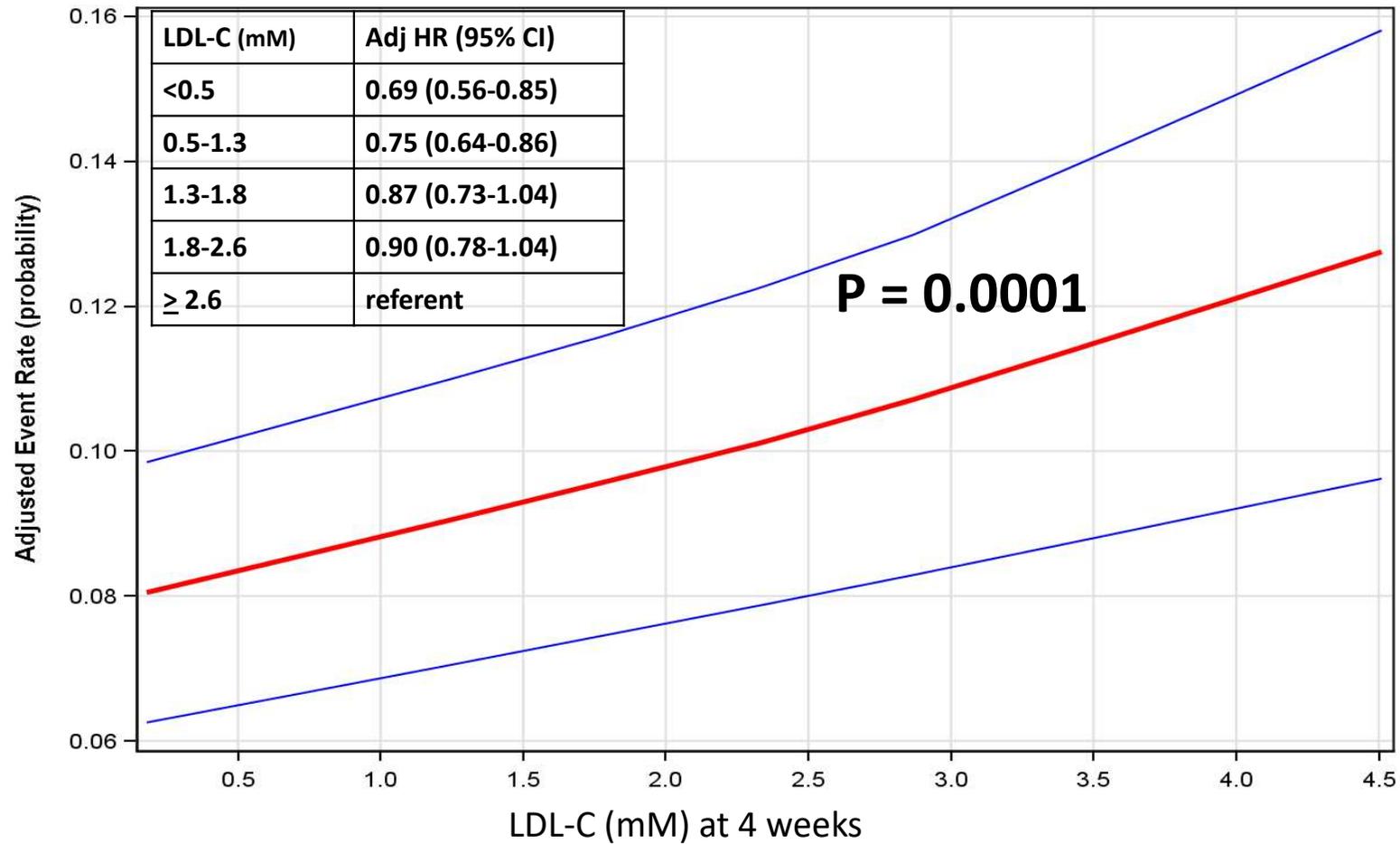
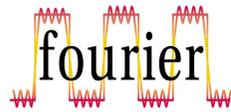
**Il 97,5% delle persone è esposto ad almeno un fattore di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare, una percentuale mediamente più alta al Sud; il 40% presenta almeno 3 fattori di rischio cardiovascolare**

### Studi con statine in prevenzione secondaria: riduzione eventi e C-LDL "on trial"



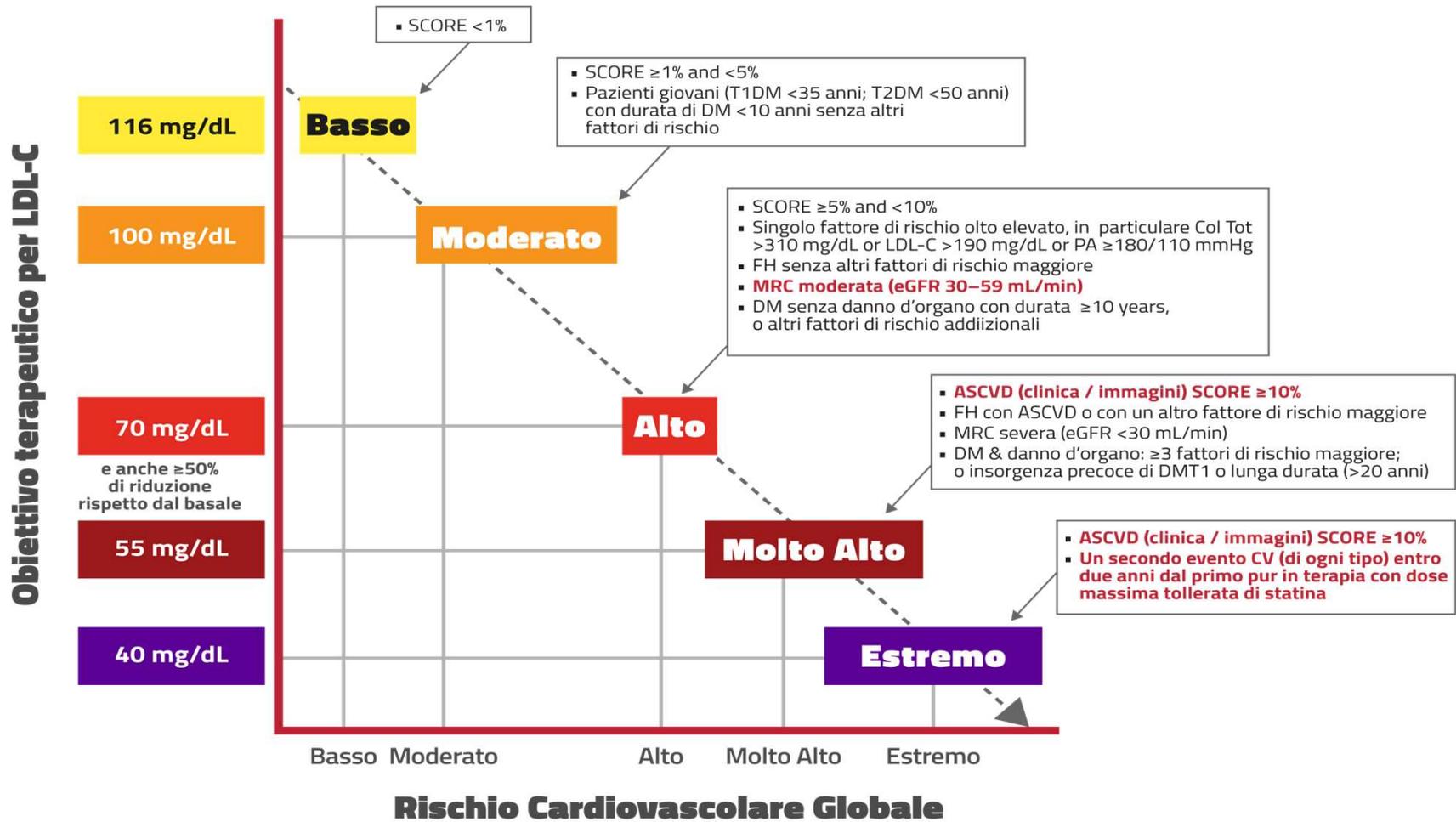
O'Keefe et al, JACC, 2004.

# Anticorpi monoclonali FOURIER: CV Death, MI, or Stroke



# 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

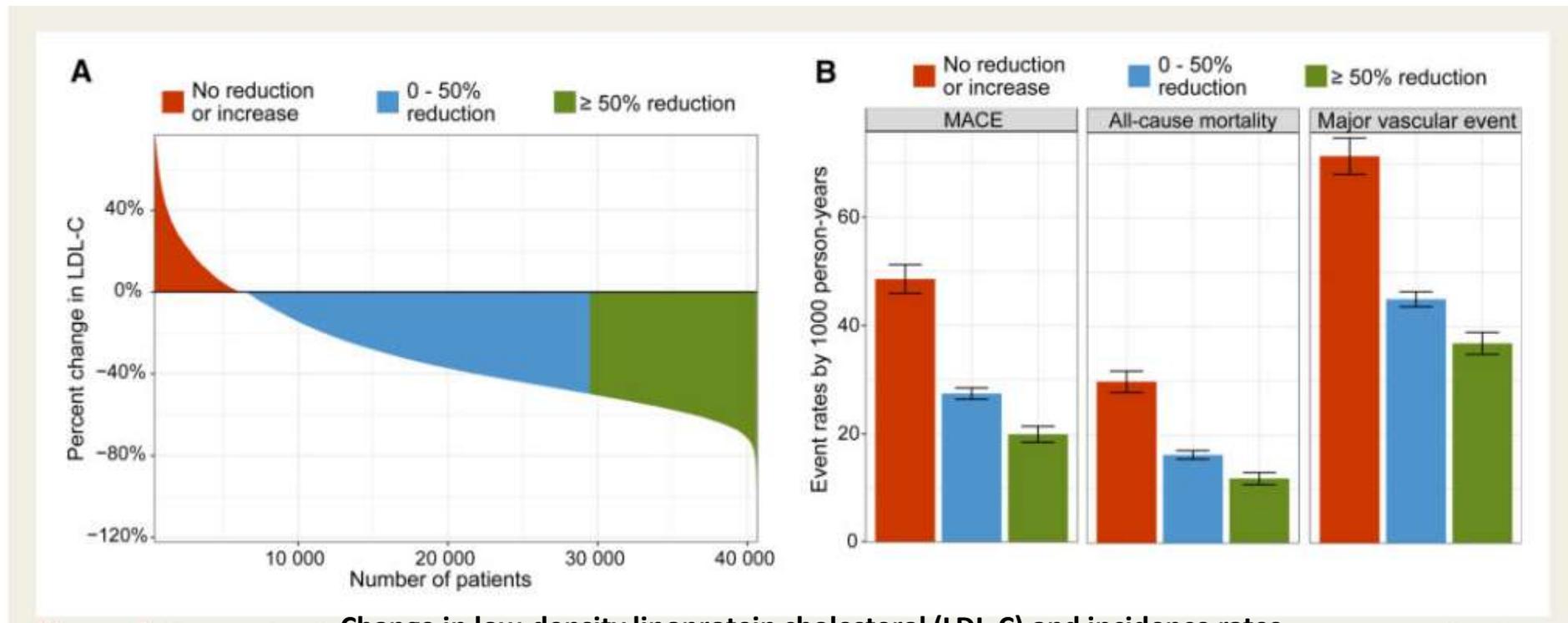
Linee guida 2019 per la riduzione del colesterolo, anche apparentemente “normale”, nelle persone a rischio cardiovascolare alto, molto alto o “estremo”



## Low-density lipoprotein cholesterol reduction and statin intensity in myocardial infarction patients and major adverse outcomes: a Swedish nationwide cohort study



Patients **admitted with MI** were followed for mortality and major CV events. Changes in LDL-C between the MI and a 6- to 10-week follow-up visit were analysed **at first cardiac rehab visit**



Change in low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) and incidence rates.

## Area Riabilitazione: Indicatori raccomandati dal board

*I flussi informativi attualmente disponibili non consentono una definizione sufficientemente affidabile e consistente del seguente indicatore. Tuttavia, il gruppo di lavoro lo ritiene comunque di interesse come strumento per definire le performance di aspetti specifici delle reti cardiologiche per l'emergenza.*

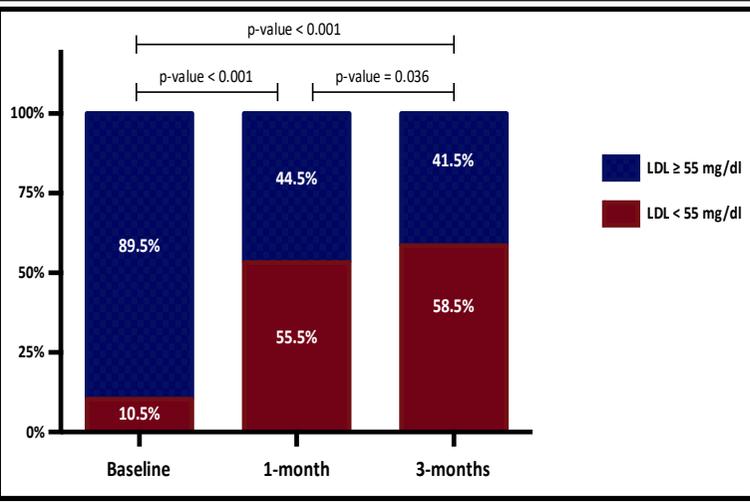
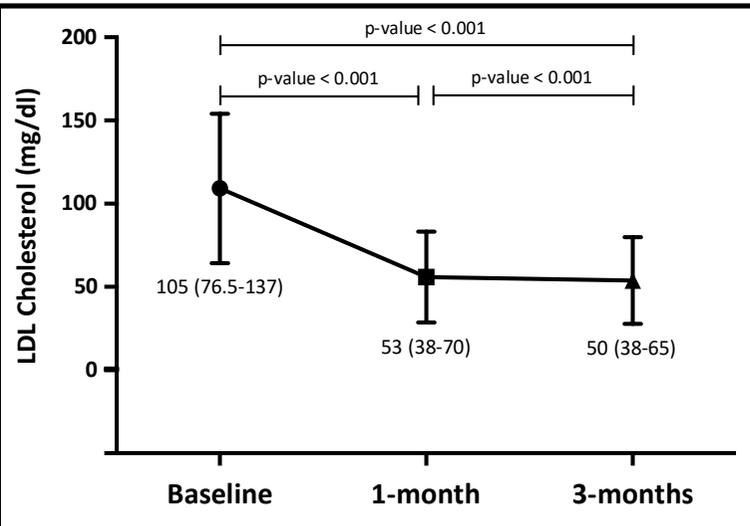


- **Definizione:**
- Raggiungimento del target lipidico LDL a 6 mesi da una sindrome coronarica acuta (codice diagnosi 410.XX)
- **Numeratore:** Pazienti con LDL < 55 mg/dl 6 mesi dopo la dimissione per sindrome coronarica acuta
- **Denominatore:** Pazienti dimessi vivi dopo ricovero con diagnosi di sindrome coronarica acuta
- **Razionale:** l'indicatore va ad indagare il livello di efficacia della terapia ipolipidemizzante, strumento di controllo di uno dei principali fattori di rischio di recidiva per questa tipologia di pazienti ampiamente documentato in letteratura.
- Nelle more del potenziamento dei flussi informativi il gruppo di lavoro auspica l'attivazione a livello locale di iniziative dedicate a monitorare il raggiungimento di questo obiettivo.

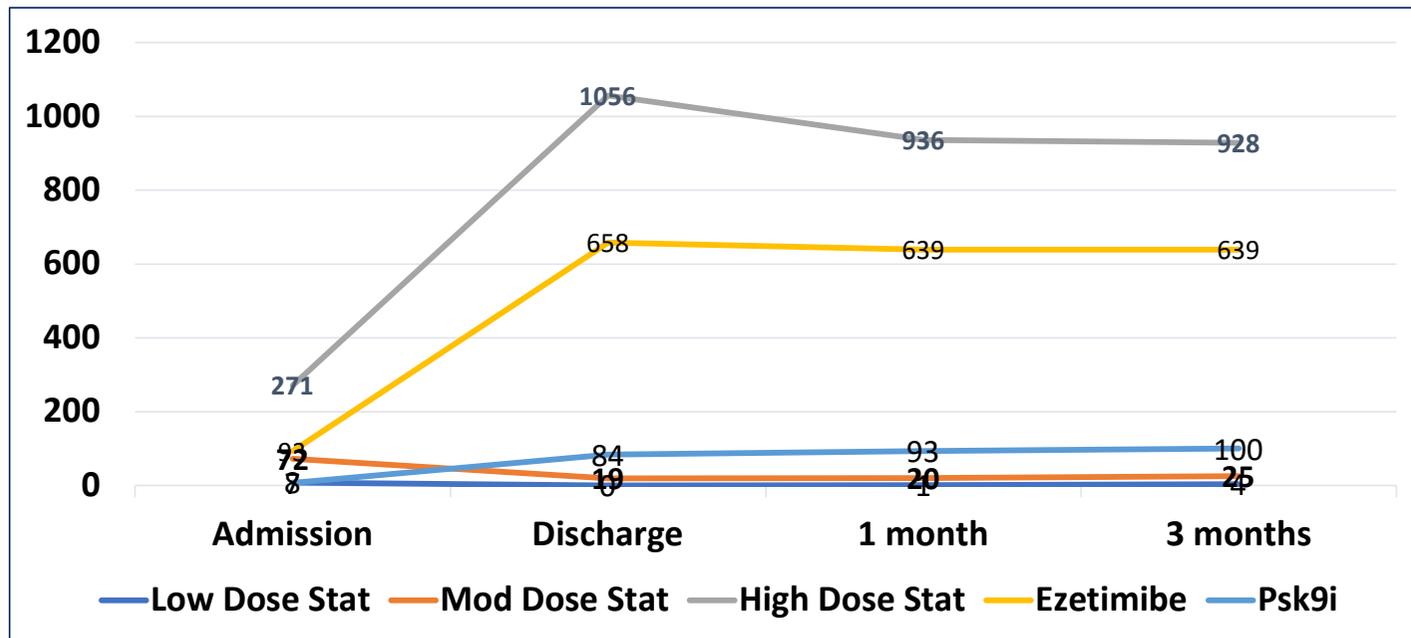


# Target LDL cholesterol level in patients with ACS undergoing PCI: The JET-LDL REGISTRY

A multicenter, prospective, real-world data collection carried out during a 3-month (2022) period including consecutive ACS pts undergoing PCI at 35 Italian hospitals



- A total of 1095 patients were included
- At hospital discharge, 442 patients (40%) received high-dose statin, 547 (50%) statin plus ezetimibe and 93 a PCSK9i (8.5%).
- At 1 month, LDL-C was at recommended target levels in 55.5% of patients, but iPCSK9 prescription was not significantly increased



G.Musumeci et al. Atherosclerosis Suppl. 2023 Aug; Poster presentation at EAS 2023

Editorial

# Optimizing LDL-cholesterol management in ACS patients: Breaking inertia and implementing intensified therapies

[Luis Ortega-Paz](#)<sup>a</sup>, [Marc Bonaca](#)<sup>b</sup>,

[Dominick J. Angiolillo](#)<sup>a</sup> [👤](#) [✉](#)

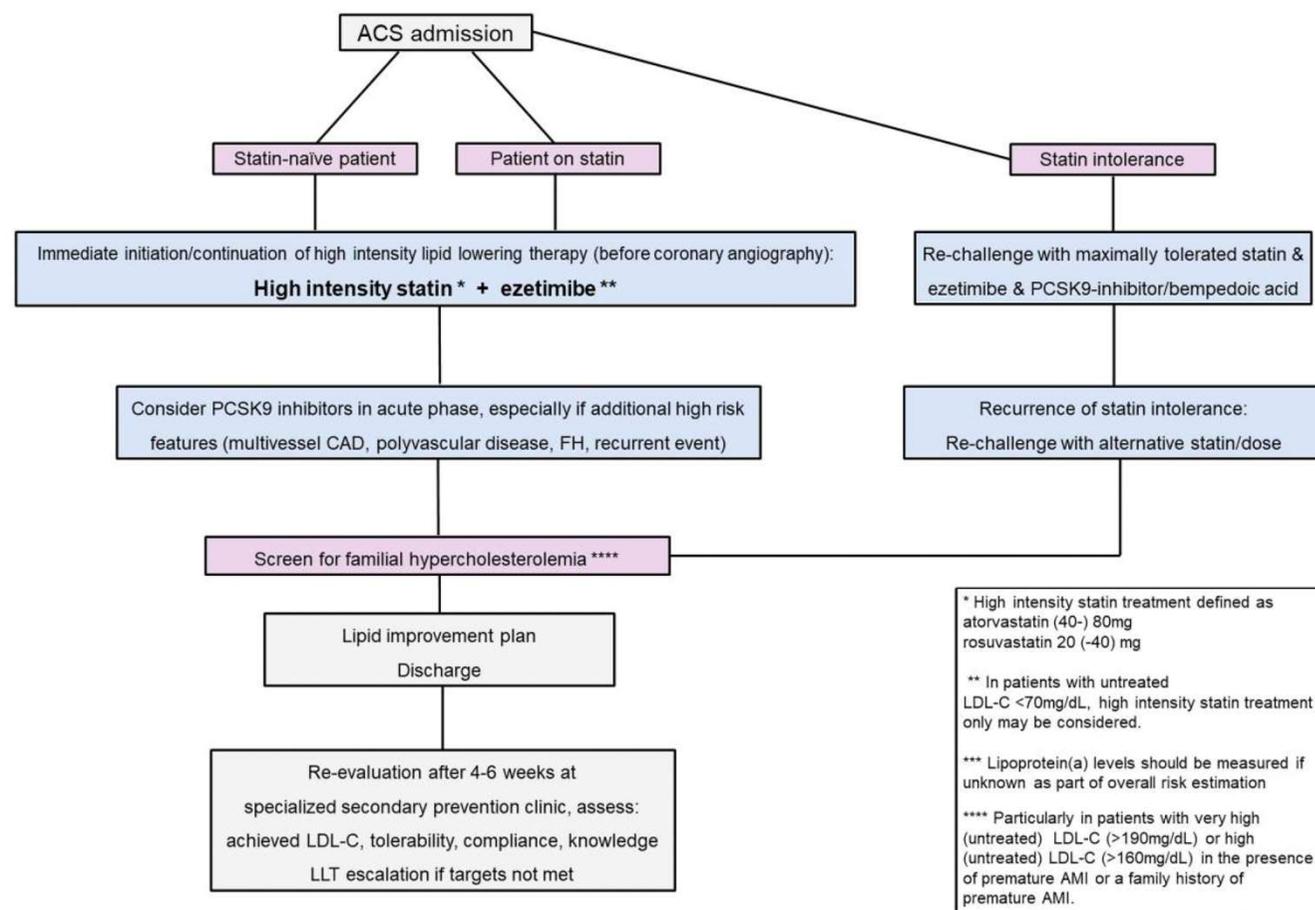
The extensive body of evidence revealing the low compliance with current recommendations for LDL-C optimization in patients with ACS should serve as a call to action. The cardiovascular community, healthcare administrators, and policymakers must rise to the occasion and promptly offer specific solutions to known barriers. A key takeaway for practitioners is to break the therapeutic inertia and implement early intensified lipid-lowering therapy early (i.e., during the inpatient recovery phase). Given the consistent data showing that lower LDL levels correlate with better outcomes, it is reasonable to consider the immediate initiation of PCSK9 inhibition following a myocardial infarction (MI). This approach is being investigated in the EVOLVE MI trial (NCT05284747). As coined by several ESC associations:

**Strike early and strike strong!**

## Acute LDL-C reduction post ACS: strike early and strike strong: from evidence to clinical practice. A clinical consensus statement of the Association for Acute Cardiovascular Care (ACVC), in collaboration with the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) and the European Society of Cardiology Working Group on Cardiovascular Pharmacotherapy

Konstantin A. Krychtiuk<sup>1,2,8†</sup>, Ingo Ahrens<sup>3†</sup>, Heinz Drexel<sup>4,5,6‡</sup>, Sigrun Halvorsen<sup>7,8†</sup>, Christian Hassager<sup>9†</sup>, Kurt Huber<sup>10,11,12†</sup>, Donata Kurpas<sup>1</sup>, Alexander Niessner<sup>1‡</sup>, Francois Schiele<sup>14†</sup>, Anne Grete Semb<sup>15§</sup>, Alessandro Sionis<sup>16,17†</sup>, and Marc J. Claeys<sup>18†</sup>

Document reviewers: José Barrabes<sup>19,20</sup> (review coordinator), Santiago Montero<sup>21</sup>, Peter Sinnaeve<sup>22</sup>, Roberto Pedretti<sup>23</sup>, and Alberico Catapano<sup>24</sup>



# Progetto Pilota in Piemonte

Il Piemonte attraverso l'azione di Azienda Zero si propone di essere la prima Regione in Italia a valutare la fattibilità ed implementazione dell'indicatore R4 sperimentando il raggiungimento dell'indicatore (>80% dei pazienti) in centri pilota nel primo semestre del 2024 per valutarne poi l'eventuale implementazione in tutti i centri

**Diffusione in 12 centri pilota del Piemonte dell'obiettivo Indicatore R 4**

**Raggiungimento del target lipidico LDL (< 55 mg/dl) a 6 mesi da una sindrome coronarica acuta con coinvolgimento della Direzione e a cascata dei Direttori di Cardiologia e valutazione del raggiungimento a sei mesi**

**(primo semestre 2024: Target > 80% dei pazienti post SCA con LDL < 55 mg /dl).**



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria ZERO  
Costituita con D.P.C.M. 18/05/2012 n. 9  
Codice Fiscale / P.I. 12085160017  
Sede legale: Via San Secondo, 29 bis - 10128 Torino

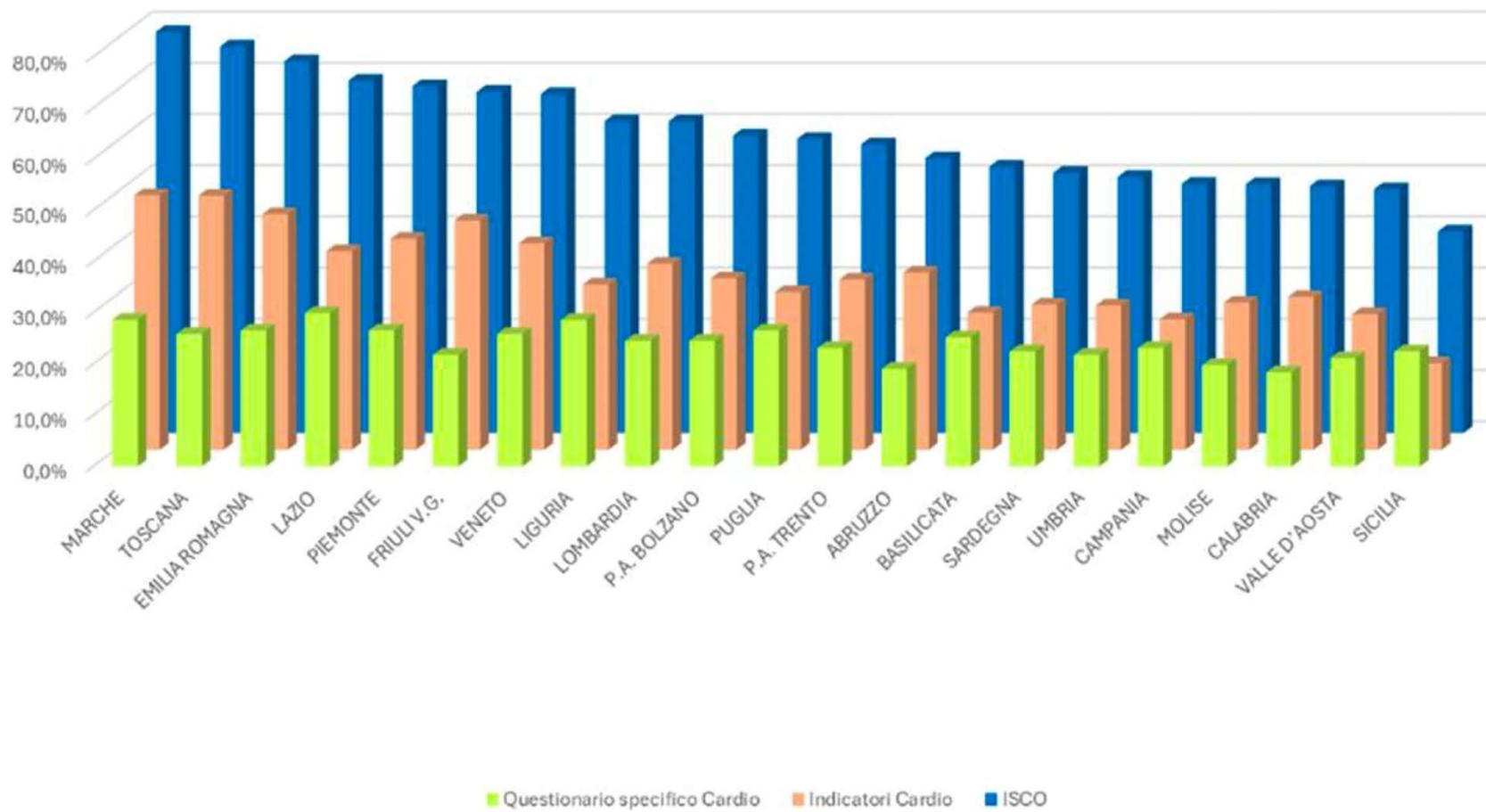
Gruppo Tecnico Regionale Area Cardiologica

*Progetto monitoraggio lipidico post evento cardiaco  
acuto*

[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



ISCO Rete Cardiologica per L'Emergenza





### *La Rete Cardiologica per l'Emergenza:*

La Rete Cardiologica per l'emergenza soffre in quelle zone più interne e meno servite dove la tempistica dei 90' per la PTCA e la relativa ricaduta in termini di mortalità sono più rilevanti. Strategicamente una migliore riorganizzazione, come suggerito, per alcune zone potrebbe essere un punto di svolta per migliorare il trend. Nettamente da migliorare l'invio a programmi di riabilitazione specifica, dove l'organizzazione e il recupero residenziale è scarsamente diffuso sul territorio nazionale e in modo disarmonico.

### Futuri utili approfondimenti per la Rete cardiologica dell'emergenza:

- approfondire e diffondere l'utilizzo di indicatori di percorso clinico;
- implementare indicatore LDL per ottimizzare la terapia alla dimissione e la valutazione multidimensionale del paziente ad alto rischio residuo;
- implementare l'avvio a programmi riabilitativi utilizzando percorsi definiti all'interno delle strutture del DM77.



## Cosa dobbiamo ancora fare?

- Parlare della rete per lo STEMI (e continuare a farlo e migliorarla)
- Ottimizzare la fase post ospedalizzazione dei pazienti SCA
- Individuare i pazienti ad alto rischio
- Attivare percorsi di riabilitazione
- Ottimizzare la terapia ipolipemizzante garantendo il raggiungimento dei target
- Registrare ed analizzare ciò che facciamo