



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

[www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it)

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

## UFFICIO COMUNICAZIONE

Responsabile: dott.ssa Tiziana Guidetto

tel. 0125 414726 – 011 9176594

cell. 335 5812438

e-mail: [tguidetto@aslto4.piemonte.it](mailto:tguidetto@aslto4.piemonte.it)

## COMUNICATO STAMPA

### Una procedura per ottimizzare e integrare i percorsi delle persone con sindrome coronarica acuta

Ottimizzare i percorsi delle persone con sindrome coronarica acuta nelle sedi di Chivasso, di Ciriè e di Ivrea in forma integrata. E' l'obiettivo di un protocollo operativo approvato dalla Direzione Generale dell'ASL TO4 con una delibera di oggi giovedì 17 aprile. Protocollo operativo definito in condivisione con la Direzione Generale dell'ASL TO2 e la Direzione di Presidio e di Cardiologia dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino.

Come riferisce il Direttore Generale dell'ASL TO4, dottor Flavio Boraso, *“la necessità di definire una procedura per la gestione ottimale dei pazienti con sindrome coronarica acuta nell'ambito della rete ospedaliera aziendale, allargata all'Ospedale San Giovanni Bosco, è stata da noi molto sentita. Si tratta, infatti, di una patologia che interessa un organo vitale e che richiede la tempestività di un intervento terapeutico appropriato indipendentemente dal luogo di provenienza dell'utente e dal punto di accesso alle cure”*. *“La procedura che abbiamo appena approvato – aggiunge il dottor Boraso – permette di uniformare le attività di diagnosi, cura e riabilitazione e le modalità applicative nei diversi contesti, di identificare le specifiche responsabilità e di verificare l'appropriatezza del percorso assistenziale. Grazie a questa rete, su area sovrazonale, siamo in grado di rispondere in modo efficace ed efficiente, in fase acuta e sub acuta, a qualsiasi tipo di emergenza-urgenza cardiologica che un cittadino del nostro territorio possa presentare”*.

La cardiopatia ischemica rappresenta attualmente la causa di morte più frequente nella popolazione mondiale: si calcola che circa 7 milioni di persone muoiano ogni anno per questa patologia (rappresentando tale cifra circa il 12.8% di tutte le cause di morte). Nell'ambito della cardiopatia ischemica si possono riconoscere differenti quadri clinici, dalla semplice angina stabile, al più ampio campo della sindrome coronarica acuta (SCA),



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



una sanità in salute fa bene a tutti

comprendente angina instabile/infarto miocardico acuto senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). Il sopraslivellamento o meno del tratto ST si evidenzia con l'elettrocardiogramma. Negli ultimi anni si è assistito, grazie al miglioramento della prevenzione e della cura della sindrome coronarica acuta, a una progressiva riduzione del numero degli STEMI e a un concomitante incremento di quello degli NSTEMI. Secondo gli ultimi dati ESC (European Society of Cardiology), la mortalità intraospedaliera degli STEMI è maggiore rispetto a quella degli NSTEMI (7% contro 3-5%), ma questa differenza è annullata valutando i dati di mortalità a 6 mesi (circa 12-13% totale). Nonostante l'incremento della popolazione a maggiore rischio (persone di età più avanzata e di sesso femminile), grazie ai recenti avanzamenti terapeutici, la mortalità ospedaliera negli ultimi anni si è ridotta nella popolazione generale soprattutto nei soggetti che, arruolati nei diversi studi clinici, siano stati sottoposti ai trattamenti raccomandati. Negli ultimi anni numerosi studi multicentrici hanno dimostrato l'efficacia, oltre della terapia medica, di un intervento ripercussivo meccanico come l'angioplastica coronarica (PCI), appannaggio di centri dotati di strumenti di elevata tecnologia e di un'efficacia organizzativa tale da garantire le prestazioni del laboratorio di emodinamica in tempi utili per una significativa riduzione del danno ischemico. In questo caso, sembrerebbe che la mortalità ospedaliera nei soggetti trattati possa essere ulteriormente migliorata.

Non è questa la sede per approfondire i contenuti della procedura, ma può essere utile illustrare alcuni punti del percorso assistenziale.

Appena posta diagnosi di infarto miocardico acuto nella sede di primo accesso (Pronto Soccorso dell'Ospedale di Chivasso, di Ciriè, di Ivrea, di Cuornè o Punto di Primo Intervento di Lanzo), la persona è trattata con terapia specifica e ricoverata presso l'UTIC di riferimento: UTIC di Chivasso, di Ciriè o di Ivrea; l'UTIC di riferimento per chi accede al Pronto Soccorso di Cuornè è l'UTIC di Ivrea o di Ciriè, mentre per il Punto di Primo Intervento di Lanzo è l'UTIC di Ciriè. Qui è sottoposta a una valutazione clinica d'ingresso.

In caso di infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) – il 15% sul totale dei pazienti con sindrome coronarica acuta nell'ASL TO4 – la persona è immediatamente condotta o trasferita presso la sala di Emodinamica più vicina e disponibile in quel momento per essere sottoposta a una coronarografia d'urgenza e a un'eventuale angioplastica, prima di proseguire la degenza in UTIC. Per l'Ospedale di Ciriè, l'Ospedale di Lanzo e l'Ospedale di Cuornè la sala di Emodinamica di riferimento è quella di Ciriè; per l'Ospedale di Chivasso è quella dell'Ospedale San Giovanni Bosco o, in caso di indisponibilità, quella dell'Ospedale di Ciriè; per l'Ospedale di Ivrea il riferimento è lo stesso presidio negli orari di apertura della sala di Emodinamica oppure il San Giovanni Bosco o, in caso di indisponibilità della sala di Emodinamica di quest'ultimo, l'Ospedale di Ciriè.

Invece, i casi di infarto miocardico acuto senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e quelli di angina instabile rappresentano rispettivamente il 50% e il 35% sul totale dei pazienti con sindrome coronarica acuta nell'ASL TO4. In questi casi, la persona è inizialmente stabilizzata con la terapia medica e sono poi eseguiti un ecocardiogramma e una valutazione prognostica. Dopo la stabilizzazione in UTIC, la persona è sottoposta, di norma entro 48 ore, a una coronarografia che è effettuata: per le persone ricoverate negli Ospedali di Ciriè, Lanzo e Chivasso presso l'Emodinamica di Ciriè; per le persone ricoverate all'Ospedale di Ivrea presso l'Emodinamica dello stesso Presidio; per le persone ricoverate all'Ospedale di Cuorgné presso l'Emodinamica di Ivrea o di Ciriè.

Dopo la terza giornata di degenza in UTIC, le persone con infarto miocardico acuto senza complicanze, in condizioni di stabilizzazione clinica, sono trasferite nel reparto di degenza, dove iniziano la mobilizzazione. Prima della dimissione sono rivalutate, anche con un ecocardiogramma, e in base alla prognosi sono dimesse a domicilio o con l'indicazione a un ciclo di riabilitazione cardiopolmonare presso il reparto di Post acuzie cardiologica di Ciriè.

In caso di complicanze chirurgiche (per esempio rottura di setto interventricolare, rottura di parete libera, rigurgito mitralico severo) la persona è trasferita presso la Cardiocirurgia del Presidio ospedaliero Molinette di Torino.

Chivasso, 17 aprile 2014