

☐ originale

☒ copia controllata informatica

☐ copia controllata cartacea _____ N. _____

☐ copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ

☐ bozza

La presente procedura definisce il percorso diagnostico-terapeutico per la gestione dei Pazienti con Sindrome Coronarica Cronica che accedono presso il P.S. del P.O. G. Rodolico.

Redazione

Simone Finocchiaro, Dirigente medico U.O.C. Cardiologia e Unità di Terapia Intensiva Coronarica;

Maria Sara Mauro, Dirigente medico U.O.C. Cardiologia e Unità di Terapia Intensiva Coronarica;

Marco Spagnolo, Dirigente medico U.O.C. Cardiologia e Unità di Terapia Intensiva Coronarica;

Valeria Garretto, Dirigente medico U.O.S.D. Radiologia CAST P.O. G. Rodolico;

Davide Campagna, Dirigente medico U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza;

Francesca Cucuzza, Dirigente medico U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza;

Marco Torrisi, Dirigente medico U.O. per la Qualità e Rischio Clinico.

Verifica

Vincenzo Parrinello,
Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Approvazione

Davide Capodanno, Direttore U.O.C. Cardiologia e Unità di Terapia Intensiva Coronarica

Giuseppe Carpinteri, Direttore U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza

Orazio Garretto, Responsabile U.O.S.D. Radiologia CAST P.O. G. Rodolico

Ratifica

Antonio Lazzara,
Direttore Sanitario



PREMESSA

La presente procedura mira a fornire, in linea con le raccomandazioni delle linee guida CCS dell'European Society of Cardiology (ESC) pubblicate nel 2024, uno schema decisionale che permetta al personale medico di identificare, classificare e indirizzare i pazienti con sospetta sindrome coronarica cronica (CCS) che accedono presso il P.S. del P.O. G. Rodolico verso un percorso diagnostico-terapeutico personalizzato, facilitando la collaborazione tra i reparti di cardiologia, medicina d'urgenza e radiodiagnostica, nel rispetto delle linee guida internazionali.

Gli obiettivi principali sono ridurre i tempi di ospedalizzazione, ottimizzare le risorse sanitarie e ridurre il carico economico sul sistema sanitario nazionale e migliorare la prognosi e la qualità della vita del paziente.

La presente procedura è stata redatta da un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da specialisti in cardiologia (U.O.C. Cardiologia e Unità di Terapia Intensiva Coronarica), medicina d'urgenza (U.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza) e radiodiagnostica (U.O.S.D. Radiologia Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e dei Trapianti d'Organo). La versione finale è stata approvata dai Direttori delle U.O.C. di Cardiologia e di MCAU, nonché ratificata dal Direttore Sanitario.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono stati elaborati cercando di tenere conto dei punti vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto controverso, per rappresentare il reale stato dell'arte della materia ed il necessario grado di consenso.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono riesaminati, quando necessario, e comunque entro tre anni dalla data di emissione, e distribuiti in forma controllata in nuove edizioni o revisioni.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione della presente procedura, di poter fornire suggerimenti per il suo miglioramento o per un suo adeguamento allo stato dell'arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all'U.O. per la Qualità e Rischio Clinico all'indirizzo: **qualita.rischioclinico@policlinico.unict.it**, che li terrà in considerazione per l'eventuale revisione della stessa.

INDICE

	PREMESSA	3
	INTRODUZIONE	6
1	SCOPO	9
2	CAMPO DI APPLICAZIONE	9
3	RIFERIMENTI	9
4	TERMINI E DEFINIZIONI	9
5	DIAGRAMMA DI FLUSSO	10
6	RESPONSABILITÀ	11
7	ANALISI DEL RISCHIO	11
8	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	12
8.1	Valutazione iniziale	12
8.2	Stima della probabilità clinica di CAD ostruttiva	12
8.2.1	Calcolo RF-CL	12
8.2.2	Valutazione dei "risk enhancers"	13
8.2.3	Pazienti senza risk enhancers	13
8.2.3.1	Rischio molto basso (RF-CL <5%)	13
8.2.3.2	Rischio basso (RF-CL 5-15%)	13
8.2.3.3	Rischio moderato (RF-CL >15%-45%)	14
8.2.4	Pazienti con risk enhancers	14
8.3	Calcolo del CACS e CCTA	14
8.4	Rivalutazione in PS	14
9	INDICATORI	15
10	GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ	15
11	DOCUMENTI RICHIAMATI	15

INTRODUZIONE

La CCS rappresenta una delle principali cause di morbidità e mortalità cardiovascolare. Il suo riconoscimento tempestivo e la sua accurata gestione sono cruciali nella prevenzione di eventi acuti e nell’ottica del miglioramento della prognosi del paziente, nonché della sua qualità di vita.

Sebbene le terapie preventive abbiano ridotto l’incidenza complessiva di eventi coronarici acuti, la prevalenza della CCS continua a crescere in molti paesi, in particolare a causa dell’invecchiamento della popolazione e della diffusione di fattori di rischio cardiovascolare come diabete mellito, ipertensione, dislipidemia, fumo e obesità. I pazienti con CCS, se non debitamente inquadrati in un percorso diagnostico-terapeutico appropriato, sono a rischio di eventi ischemici acuti e complicanze a lungo termine, con un impatto significativo sulla qualità della vita e sui costi a carico dei sistemi sanitari.

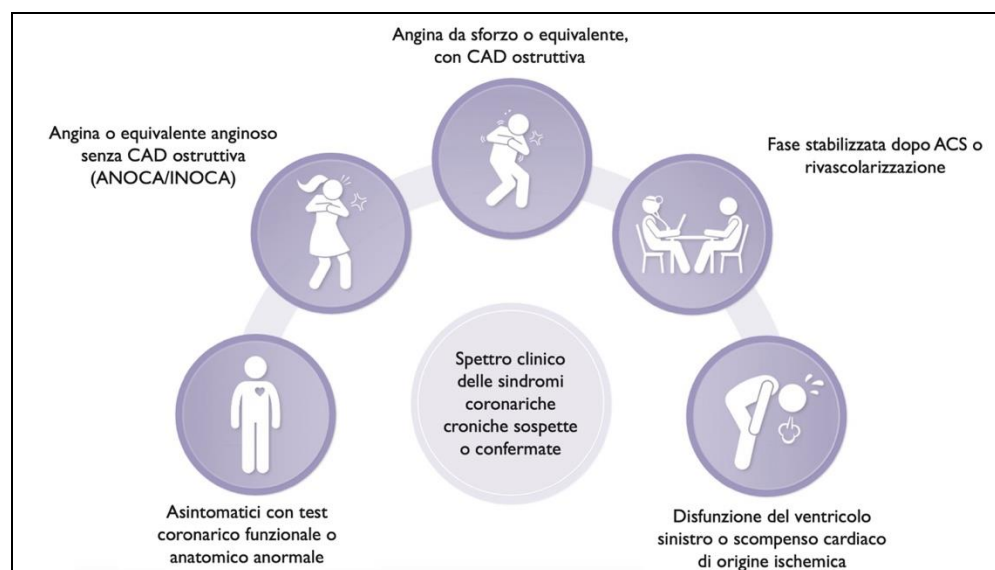
L’approccio diagnostico e terapeutico della CCS è complesso e richiede una gestione individualizzata. La stratificazione del rischio è un elemento fondamentale per orientare le decisioni cliniche identificando rapidamente i pazienti che potrebbero beneficiare di trattamenti intensivi o al contrario, di un precoce interruzione del percorso diagnostico-terapeutico in considerazione del loro basso profilo di rischio.

Presentazioni cliniche delle sindromi coronariche croniche

Nella pratica clinica, i pazienti con CCS che si rivolgono alle cure possono presentare le seguenti tipologie (**Figura 1**):

1. Il paziente sintomatico con angina o ischemia riproducibile indotta da stress e con malattia coronarica epicardica ostruttiva (CAD);
2. Il paziente con angina o ischemia causata da anomalie vasomotorie epicardiche o alterazioni microvascolari funzionali/strutturali in assenza di CAD (ANOCA/INOCA);
3. Il paziente con storia di recente sindrome coronarica acuta, in atto stabilizzata, o il paziente già sottoposto a rivascolarizzazione con angioplastica/bypass aorto-coronarico;
4. Il paziente non acuto con insufficienza cardiaca di origine ischemica o cardiometabolica.
5. I pazienti asintomatici in cui la CAD epicardica viene rilevata tramite un test di imaging per migliorare la valutazione del rischio cardiovascolare, per screening a fini personali o professionali, o come riscontro incidentale per altre indicazioni.

Figura 1. Spettro clinico delle sindromi coronariche croniche sospette o confermate



Adattato dalle linee guida European Society of Cardiology sulle Sindromi Coronariche Croniche pubblicate nel 2024.

Le presentazioni cliniche della CCS non sono sempre specifiche in relazione al meccanismo che causa l'ischemia miocardica; di conseguenza, i sintomi dell'angina microvascolare disfunzionale possono sovrapporsi a quelli dell'angina vasospastica o dell'angina ostruttiva delle arterie epicardiche. È inoltre importante notare che le CCS non si presentano sempre come angina pectoris classica, e i sintomi possono variare in base all'età e al sesso.

Stima della probabilità pre-test: RF-CL score

Il RF-CL score è uno strumento decisionale essenziale per stratificare il rischio e guidare l'iter diagnostico-terapeutico nei pazienti che si presentano con sospetto di CCS. Seguendo un approccio sistematico come suggerito dalle linee guida, la valutazione del rischio si articola in fasi che permettono una stima della probabilità pre-test di malattia coronarica e l'identificazione di ulteriori fattori di rischio (risk enhancers).

La classificazione secondo il modello RF-CL permette di classificare i pazienti in diverse fasce di rischio: rischio molto basso (<5%), basso (5%-15%) o moderato (15%-45%).

È previsto un affinamento della stratificazione iniziale tramite la valutazione di "risk enhancers", ovvero modificatori pre-test che possono incrementare la probabilità di malattia coronarica. I "risk enhancers" includono una serie di elementi clinici e strumentali che, se presenti, orientano verso una diagnostica più approfondita. I risk enhancers possono emergere dalla documentazione pre-esistente esibita dal paziente e/o dagli esami preliminari eseguiti in PS.

Riclassificazione utilizzando il Coronary Artery Calcium Score

Per i pazienti a rischio basso (5-15%), la CT basale con calcolo del CACS è uno strumento utile per valutare la presenza e la quantità di calcificazioni coronariche, indicatori di aterosclerosi significativa. Un calcium score elevato è associato a un rischio aumentato di malattia coronarica, permettendo quindi una riclassificazione del rischio e una gestione più mirata.

Ridotti valori di CACS (0-100) riclassificano il paziente a probabilità bassa (5-15%) ad una probabilità molto bassa (<5%). Al contrario, valori di CACS elevati sono suggestivi di un rischio maggiore.

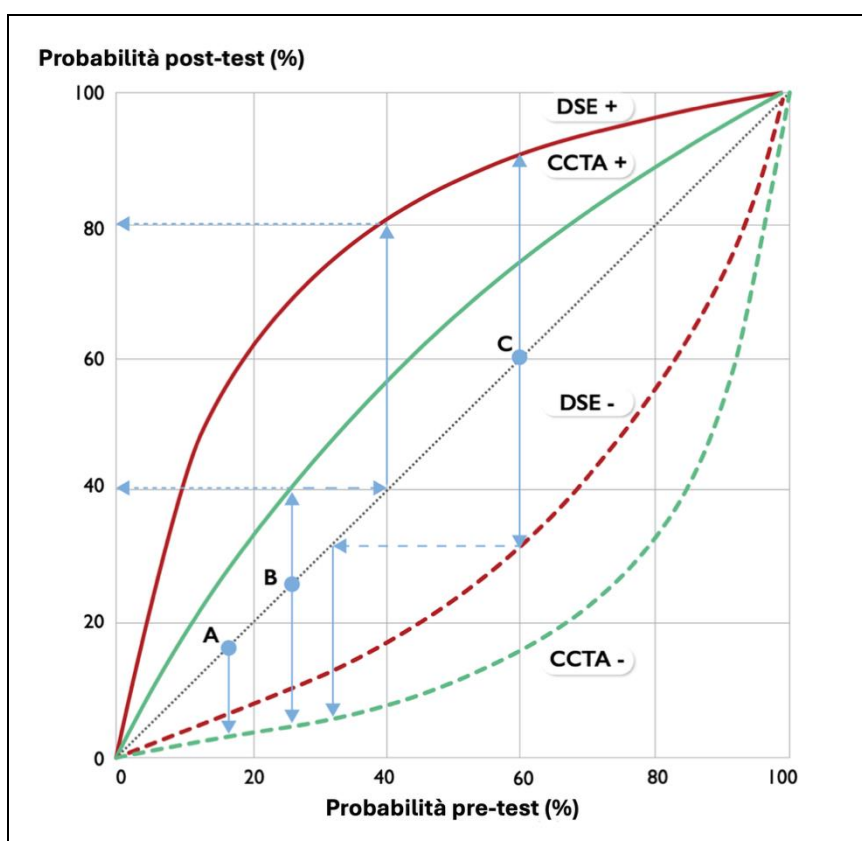
Dopo aver calcolato ed aggiustato lo score, la scelta di adottare ulteriori test diagnostici dipende dallo stato di salute generale, dalla qualità di vita, dalla presenza di comorbidità e dall'aspettativa di vita del paziente.

I pazienti a rischio moderato-alto dovrebbero essere indirizzati a esami di imaging anatomico o funzionale non invasivo per stabilire la diagnosi e valutare il rischio di eventi cardiaci futuri. L'imaging funzionale può essere selezionato come test di prima linea se si desidera valutare ischemia miocardica, vitalità o malattia microvascolare. I test per rilevare l'ischemia offrono un maggiore potere di conferma rispetto alla CCTA, rendendoli adatti in caso di probabilità moderata-alta (>15-85%) di CAD ostruttiva. Inoltre, l'imaging funzionale supera le limitazioni della CCTA in alcuni gruppi (pazienti anziani con calcificazioni coronariche estese, fibrillazione atriale, frequenza cardiaca irregolare o veloce, insufficienza renale o allergia al contrasto iodato) e consente di evitare l'esposizione alle radiazioni nei giovani e nei sospetti ANOCA/INOCA.

Nei pazienti con probabilità clinica molto alta di CAD ostruttiva (>85%), sintomi refrattari alla terapia medica o angina a basso livello di sforzo, l'angiografia coronarica invasiva può essere un'opzione ragionevole senza ulteriori test diagnostici non invasivi.

La CCTA è da considerarsi positiva se vi è riscontro di malattia del tronco comune con stenosi $\geq 50\%$ di diametro o malattia degli altri vasi con stenosi $\geq 70\%$ di diametro.

In pazienti con CCTA e/o DSE risultati senza alterazioni significative, la probabilità di malattia coronarica ostruttiva precedentemente calcolata con l'RF-CL score, si riduce secondo il seguente schema:



Per i pazienti con comorbidità gravi, fragilità importante o bassa qualità di vita che riducono l'aspettativa di vita, e nei quali la rivascolarizzazione è considerata di scarso beneficio, la diagnosi di CCS può essere stabilita clinicamente e gestita con terapia medica e modifiche dello stile di vita.

1

SCOPO

Scopo della presente procedura è fornire uno strumento per la valutazione accurata della probabilità pre-test di malattia aterosclerotica ostruttiva coronarica nella CCS, utilizzando sia parametri clinici sia strumenti diagnostici avanzati, come il calcium score e l'imaging, per una stratificazione del rischio accurata e appropriata, finalizzata all'ottenimento di una maggiore tempestività terapeutica.

2

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutto il personale medico coinvolto nella gestione dei pazienti con sospetto di CCS che accedono presso il P.S. del P.O. G. Rodolico.

3

RIFERIMENTI

- Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537. doi:10.1093/eurheartj/ehae177
- Cury RC, Leipsic J, Abbara S, et al. CAD-RADS™ 2.0 - 2022 Coronary Artery Disease-Reporting and Data System: An Expert Consensus Document of the Society of Cardiovascular Computed Tomography (SCCT), the American College of Cardiology (ACC), the American College of Radiology (ACR), and the North America Society of Cardiovascular Imaging (NASCI). JACC Cardiovasc Imaging. 2022;15(11):1974-2001. doi:10.1016/j.jcmg.2022.07.002

4

TERMINI E DEFINIZIONI

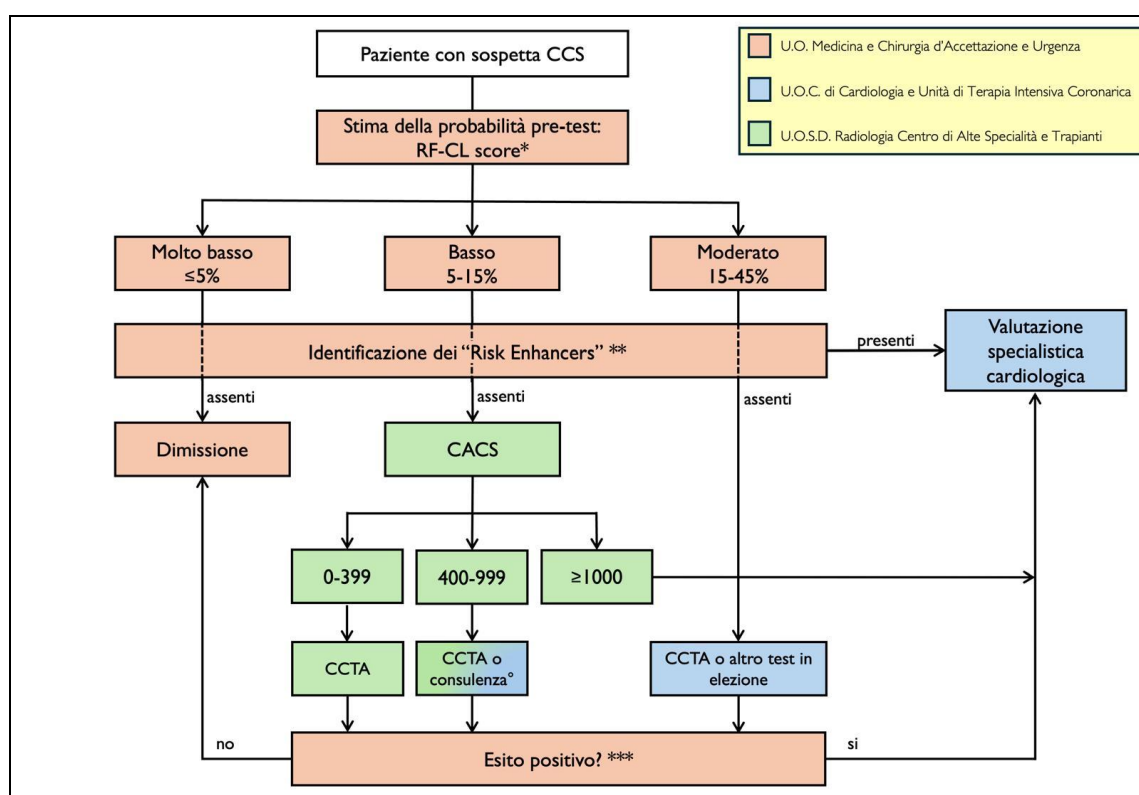
Approvazione	Autorizzazione all'applicazione del documento e definizione della data di entrata in vigore; prevede la valutazione dell'adeguatezza dei contenuti tecnico-operativi dei documenti e della conformità degli stessi alla normativa cogente.
Archiviazione	Conservazione codificata del documento
Documento	Informazioni con il loro mezzo di supporto
Modulo	Documento prestampato di registrazione di attività o di eventi
Procedura	Modo specificato per svolgere un processo.
Procedura Generale Sanitaria	Procedura generale con campo di applicazione limitato all'area sanitaria.
Sistema di gestione per la Qualità	Sistema di gestione per guidare e tenere sotto controllo una organizzazione con riferimento alla qualità
Verifica (di un documento)	Valutazione della congruità e conformità del documento rispetto alla norma UNI EN ISO 9001 ed alla presente procedura PQ-1 “ <i>Modalità di gestione delle informazioni documentate necessarie per assicurare l'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità</i> ”
ANOCA/INOCA	Anomalie vasomotorie epicardiche o alterazioni microvascolari funzionali/strutturali in assenza di CAD
CACS	Calcium score coronarico derivato dalla tomografia computerizzata
CAD	Malattia coronarica epicardica ostruttiva
CAST	Centro di Alte Specialità e Trapianti
CCS	Sindrome coronarica cronica



CCTA	Tomografia computerizzata coronarica
CT	Tomografia computerizzata
DSE	Ecocardiogramma da stress con dobutamina
D.M.	Dirigente Medico
POCUS	Point of care ultrasound
PS	Pronto soccorso
Risk enhancers	Modificatori pre-test che possono incrementare la probabilità di malattia coronarica. I "risk enhancers" includono una serie di elementi clinici e strumentali che, se presenti, orientano verso una diagnostica più approfondita. I risk enhancers possono emergere dalla documentazione pre-esistente esibita dal paziente e/o dagli esami preliminari eseguiti in PS.
RF-CL score	Risk-Factor Clinical-Likelihood. Punteggio di stratificazione del rischio basato su fattori clinici, anatomici e strumentali. È uno strumento decisionale essenziale per stratificare il rischio e guidare l'iter diagnostico-terapeutico nei pazienti che si presentano con sospetto di CCS.
SIO	Sistema Informatico Ospedaliero

Per i termini e le definizioni utilizzati in questo processo ci si riferisce al glossario del Manuale della Qualità e alla Norma UNI EN ISO 9000:2015 ed al manuale di accreditamento degli ospedali manuale degli Standard Joint Commission International (JCI) per l'Accreditamento degli Ospedali.

5 DIAGRAMMA DI FLUSSO



6

RESPONSABILITÀ

Attività	D.M. P.S.	D.M. Radiologia	D.M. Cardiologia
Valutazione iniziale	R		
Calcolo RF-CL score	R		
Identificazione dei risk enhancers	R		
Valutazione dimissibilità paziente a bassissimo e basso rischio	R		
Prenotazione CCTA in elezione per pazienti a rischio moderato	R		
Calcolo CACS e valutazione eleggibilità per CCTA		R	
Invio del paziente in PS dopo calcolo del CACS ed eventuale esecuzione CCTA		R	
Richiesta valutazione specialistica cardiologica	R		
Valutazione percorso diagnostico-terapeutico paziente con risk enhancers, CACS ≥ 1000 o CCTA positiva			R

R = RESPONSABILE

7

ANALISI DEL RISCHIO

Attività	criticità	Probabilità	Gravità delle conseguenze	Rilevabilità	IPR	Azioni poste in essere
Anamnesi	Mancata identificazione dei risk enhancers	3	10	10	300	Formazione medici di PS
Richiesta valutazione cardiologica	Valutazione inappropriata	6	5	10	300	Valutazione preliminare con RF-CL score, risk enhancers e CCTA
Richiesta TC per calcolo del CACS e CCTA in dimissione protetta	Mancata richiesta	2	10	10	200	Formazione medici di PS

Legenda:

Probabilità		Gravità delle conseguenze		Rilevabilità	
1	Non è mai successo	1	Nessuna conseguenza Nessun danno al paziente	1	Tempestivamente rilevabile
2-5	È successo raramente	2-5	Conseguenze sul processo o servizio lievi Danno temporaneo al paziente	1-5	Rilevabile in fase intermedia del processo
6-9	Succedente di frequente	6-9	Conseguenze sul processo o servizio moderate Danno permanente al paziente	6-9	Rilevabile in fase avanzata del processo
10	Succede sempre	10	Conseguenze sul processo o servizio gravi (danno economico, all'immagine, implicazioni medico-legali,...) Decesso del paziente	10	Rilevabile alla conclusione del processo



8 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

8.1 Valutazione iniziale

La valutazione iniziale del paziente che accede in P.S. e che presenta un sospetto per una sindrome coronarica cronica prevede una valutazione clinica generale focalizzata sull'analisi dei sintomi e dei segni di CCS, sulla differenziazione delle cause non cardiache del dolore toracico e sull'esclusione della sindrome coronarica acuta (aumento valori di troponina con andamento “*rise and fall*” e/o modifiche acute dell'ECG).

Durante la valutazione, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, devono essere eseguiti:

- elettrocardiogramma a 12 derivazioni a riposo;
- i seguenti esami ematochimici: emocromo, creatinina, PCR e troponina – profilo dolore toracico del software di PS;
- radiografia del torace;
- emogasanalisi arteriosa, solo se SpO₂ < 94% nel paziente naive e < 88% nel paziente affetto da BPCO.

8.2 Stima della probabilità clinica di CAD ostruttiva

Nei pazienti in cui la valutazione iniziale ha confermato il sospetto di CCS il medico di P.S. deve stimare la probabilità clinica di CAD ostruttiva calcolando il risk-factor clinical-likelihood (RF-CL) score, nonché affinando la stratificazione iniziale tramite la valutazione di “risk enhancers”.

Il punteggio del RF-CL score e l'assenza o la presenza di risk enhancers (specificando quali sono stati riscontrati) deve essere registrata nella cartella di pronto soccorso.

8.2.1 Calcolo RF-CL

La stratificazione preliminare della probabilità di malattia coronarica stabile prevede la valutazione dei seguenti parametri clinici:

- Sintomi:
 - Angina “tipica” (3 punti), è caratterizzata dall'insieme di queste caratteristiche:
 - 1) dolore costrittivo retrosternale o irradiato al collo, mascella, spalla o braccio;
 - 2) insorgenza durante stress fisico o emotivo;
 - 3) risoluzione del dolore entro 5 minuti a riposo o con l'uso di nitrati.
 - L'angina “atipica” (2 punti) presenta solo due delle precedenti caratteristiche;
 - Il dolore “non anginoso” (0-1 punto) ne presenta una o nessuna;
 - La dispnea (2 punti), corrisponde al punteggio del dolore atipico.
- Sesso
- Numero dei fattori di rischio cardiovascolari:
 - ipertensione arteriosa;
 - diabete mellito;
 - storia familiare di CAD, definita come uno o più parenti di primo grado con segni precoci di CAD (uomini <55 anni e donne <65 anni);
 - fumo di sigaretta come fumatore attuale o passato;
 - dislipidemia.
- Età.

Sulla scorta della valutazione di tali parametri, la stima della probabilità clinica di malattia coronarica ostruttiva, espressa in percentuale, deve essere calcolata usando il calcolatore mostrato nella figura sottostante:

Figura 2. Calcolatore di probabilità pre-test di malattia coronarica ostruttiva secondo il modello RF-CL

1	2	3	4	Sintomi	0-1 punti						2 punti						3 punti					
				Sesso	Donna			Uomo			Donna			Uomo			Donna			Uomo		
				Numero di fattori di rischio	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5
				Età 30-49	0	1	2	1	2	5	0	1	3	2	4	8	2	5	10	9	14	22
				Età 40-49	1	1	3	2	4	8	1	2	5	3	6	12	4	7	12	14	20	27
				Età 50-59	1	2	5	4	7	12	2	3	7	6	11	17	6	10	17	21	27	33
				Età 60-69	2	4	7	8	12	17	3	6	11	12	17	25	10	14	19	32	35	39
				Età 70-80	4	7	11	15	19	24	6	10	16	22	27	34	16	19	23	44	44	45

Rischio clinico: Molto basso Basso Moderato

Adattato dalle linee guida European Society of Cardiology sulle Sindromi Coronariche Croniche pubblicate nel 2024.

8.2.2

Valutazione dei "risk enhancers"

La presenza di uno o più risk enhancers (emersi dalla documentazione pre-esistente e/o dagli esami preliminari eseguiti in PS), indipendentemente dalla classe di rischio calcolata con lo score RF-CL, richiede una valutazione specialistica cardiologica per la scelta di un test diagnostico che in assenza di tali fattori sarebbe destinato a categorie di rischio più elevate.

I Risk enhancers sono rappresentati da:

- ECG da sforzo con risultati anomali
- Disfunzione ventricolare sinistra (grave o segmentale)
- Aritmia ventricolare
- Malattia delle arterie periferiche
- Calcificazioni coronariche ad una CT toracica preesistente

Per la ricerca di tali "risk enhancers" è necessario eseguire in P.S.:

- Approfondimenti anamnestici: si raccomanda un'anamnesi approfondita per valutare la presenza di storia o riscontro di aritmia ventricolare, ateromasia dei tronchi sovraortici o malattia aterosclerotica periferica.
- ECG a riposo: è utile per individuare anomalie che possano suggerire ischemia miocardica, come onde Q patologiche, inversioni di onde T o segni di ipertrofia ventricolare sinistra. Un ECG normale non esclude la patologia coronarica, ma le anomalie rilevate in questo contesto possono indicare la necessità di una valutazione più approfondita.
- POCUS: è utile per valutare la funzione ventricolare. La presenza di disfunzione ventricolare o anomalie segmentali della contrattilità può aumentare significativamente la probabilità di malattia coronarica.

8.2.3

Pazienti senza risk enhancers

8.2.3.1

Rischio molto basso (RF-CL <5%)

Nei pazienti con RF-CL indicativo di un rischio molto basso (<5%), ed in assenza di risk enhancers, può essere previsto un rule-out rapido, seguito da dimissione precoce dal P.S., con indicazioni circa il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, modifiche dello stile di vita, terapia farmacologica per la prevenzione primaria e secondaria, aderenza terapeutica i follow-up e le indicazioni sul riconoscimento precoce dei sintomi.

8.2.3.2

Rischio basso (RF-CL 5-15%)

Nei pazienti con RF-CL indicativo di un rischio basso (5-15%), ed in assenza di risk enhancers, il paziente può essere dimesso dal P.S. previa prenotazione, presso la radiologia CAST, di una CT Torace in basale con calcolo del CACS in regime di dimissione protetta, secondo quanto

descritto al punto 8.3.

Prima della dimissione, il paziente deve essere informato su:

- indicazioni circa il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, modifiche dello stile di vita, terapia farmacologica per la prevenzione primaria e secondaria, aderenza terapeutica i follow-up e le indicazioni sul riconoscimento precoce dei sintomi;
- data, ora e luogo in cui recarsi per eseguire la CCTA;

L'avvenuta informazione al paziente deve essere registrata nel verbale di P.S.

8.2.3.3

Rischio moderato (RF-CL >15-45%)

Nei pazienti con RF-CL indicativo di un rischio moderato (15-45%), ed in assenza di risk enhancers, il medico di P.S. può richiedere, presso la radiologia CAST, l'esecuzione di una CCTA da eseguire durante la permanenza del paziente in P.S., secondo quanto descritto al punto 8.3. In alternativa, può richiedere un altro test funzionale non invasivo in elezione.

8.2.4

Pazienti con risk enhancers

In presenza di uno o più risk enhancers, indipendentemente dalla classe di rischio calcolata con lo score RF-CL, il medico di P.S. potrà richiedere una valutazione specialistica cardiologica da eseguire durante la permanenza del paziente in P.S.

All'esito della valutazione specialistica, il cardiologo indicherà il successivo iter diagnostico-terapeutico del paziente (vista cardiologica e/o esami da eseguire in dimissione o ricovero urgente / in elezione).

Qualora il cardiologo ed il medico di PS non ritengano appropriato il ricovero, alla dimissione al paziente dovrà essere fornito:

- Un riepilogo del percorso diagnostico e terapeutico comprensivo dei risultati dei test e delle decisioni terapeutiche adottate.
- Informazioni educative su stile di vita e prevenzione, per favorire l'adozione di comportamenti salutari, ridurre il rischio di ricorrenze e migliorare la qualità della vita.
- Istruzioni specifiche riguardo la gestione della terapia, con particolare attenzione alle prescrizioni per il controllo dei fattori di rischio (terapia ipolipemizzante, antipertensiva, antitrombotica) e alle eventuali modifiche rispetto a precedenti trattamenti.

8.3

Calcolo del CACS e CCTA

Preliminarmente all'esecuzione della CCTA il radiologo effettuerà la scansione TC del torace in basale per il calcolo del CACS.:

- **Se il CACS è compreso tra 0 e 399:** si potrà procedere all'esecuzione della CCTA, a discrezione del radiologo (esame non consigliato per CACS compreso tra 0 e 100).
- **Se il CACS è compreso tra 400 e 999:** si procederà all'esecuzione della CCTA a discrezione del radiologo.
- **Se il CACS è ≥ 1000 :** Il radiologo non procederà all'esecuzione della CCTA, dato l'elevato numero di potenziali falsi positivi.

Dopo il calcolo del CACS, e l'eventuale esecuzione della CCTA, il paziente (anche nei casi in cui l'esame sia stato svolto in dimissione protetta) ritornerà in Pronto Soccorso per l'acquisizione del referto e la valutazione del successivo iter diagnostico-terapeutico.

8.4

Rivalutazione in PS

Il medico di P.S., acquisito il referto dell'esame TC (con calcolo del CACS ed eventuale successiva CCTA):

- **Se il CACS è compreso tra 0 e 399 o CCTA negativa:** riclassifica il paziente a rischio molto basso (<5%) e potrà dimetterlo per come indicato al punto 8.2.3.1.

- **Se il CACS è ≥ 1000 o CCTA con esito positivo:** dovrà richiedere una valutazione specialistica cardiologica per come previsto al punto 8.2.4.

9

INDICATORI

Dimensione della qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Professionale	Appropriatezza	N. consulenze cardiologiche appropriate in pazienti con sospetta CCS / N. consulenze cardiologiche richieste in PS in pazienti con sospetta CCS	100%

10

GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le non conformità eventualmente riscontrate devono essere gestite secondo quanto indicato dalla PQ-2 “*Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella*” e registrate sul modulo M_PQ-2_1 “*Segnalazione di Non Conformità*”.

11

DOCUMENTI RICHIAMATI

- PQ-2 “*Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella*”
- M_PQ-2_1 “*Segnalazione di Non Conformità*”

Indice di revisione	Motivo della revisione	Data