



10° CONGRESSO NAZIONALE

La crescita delle cronicità in un mondo
che invecchia: differenze di genere



23 - 24 settembre 2026
Evento in modalità virtuale

SCOMPENSO CARDIACO:

necessità di un approccio **Sesso e genere *specifico***

Cecilia Politi MD, PhD
Medicina di Genere F.A.D.O.I.





*La sottoscritta **Cecilia Politi**
ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione
del 5 novembre 2009,*

dichiara

*che negli ultimi due anni **NON** ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di
interessi commerciali in campo sanitario*

Agenda

Dati epidemiologici

Differenze genere-specifiche

Il contesto normativo

Strumenti clinici e gestionali

Real world:

PDTA (Percorsi *diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi*)

SCOMPENSO CARDIACO

- **35%** mortalità cardiovascolare
- cause più frequenti di **ricovero ospedaliero** >65a
- mortalità ~ **40%** (1 anno dalla prima ospedalizzazione)
- prevalente popolazione **femminile** >75 anni
- sopravvivenza a 5 anni (sesso, età, comorbidità, gravità SC)

25 % M al **38% F**

Total mortality due to CVD
(% of deaths):
male: 32.84%
female: 40.51%

SCOMPENSO CARDIACO



Prevalenza 1,5–2%

Malfatto et al. *Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev.* 2026;29:200627.

~ 1–1,2 milioni di persone

3% dei **costi** totali SSN per i **ricoveri ospedalieri**



2019

€ 5.910/paziente/anno

ospedalizzazioni € 3.702 (63% del costo totale)

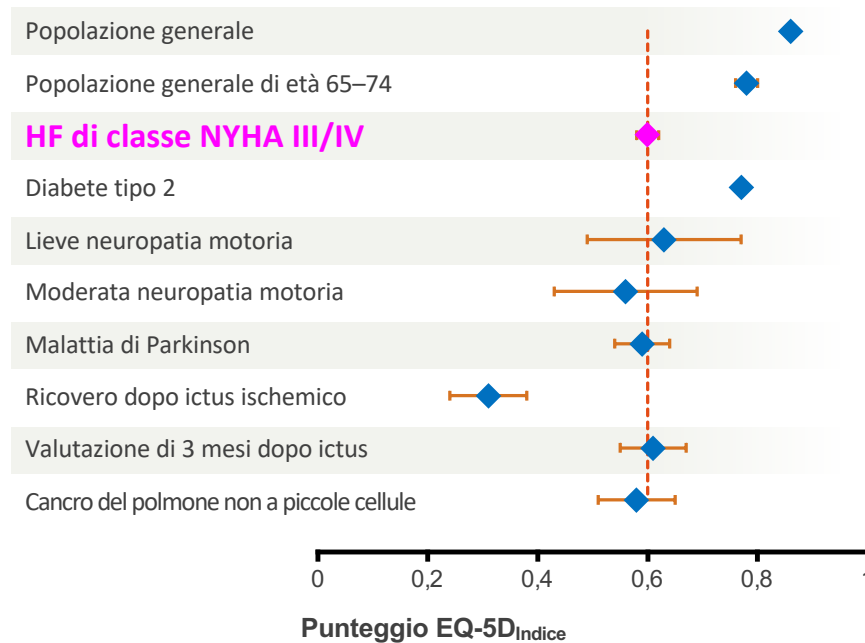
Dovizio M, et al. *Glob Reg Health Technol Assess.* 2024 Apr 22;11:94-100.

QUALITÀ DELLA VITA

HF vs patologie croniche

carico
assistenziale

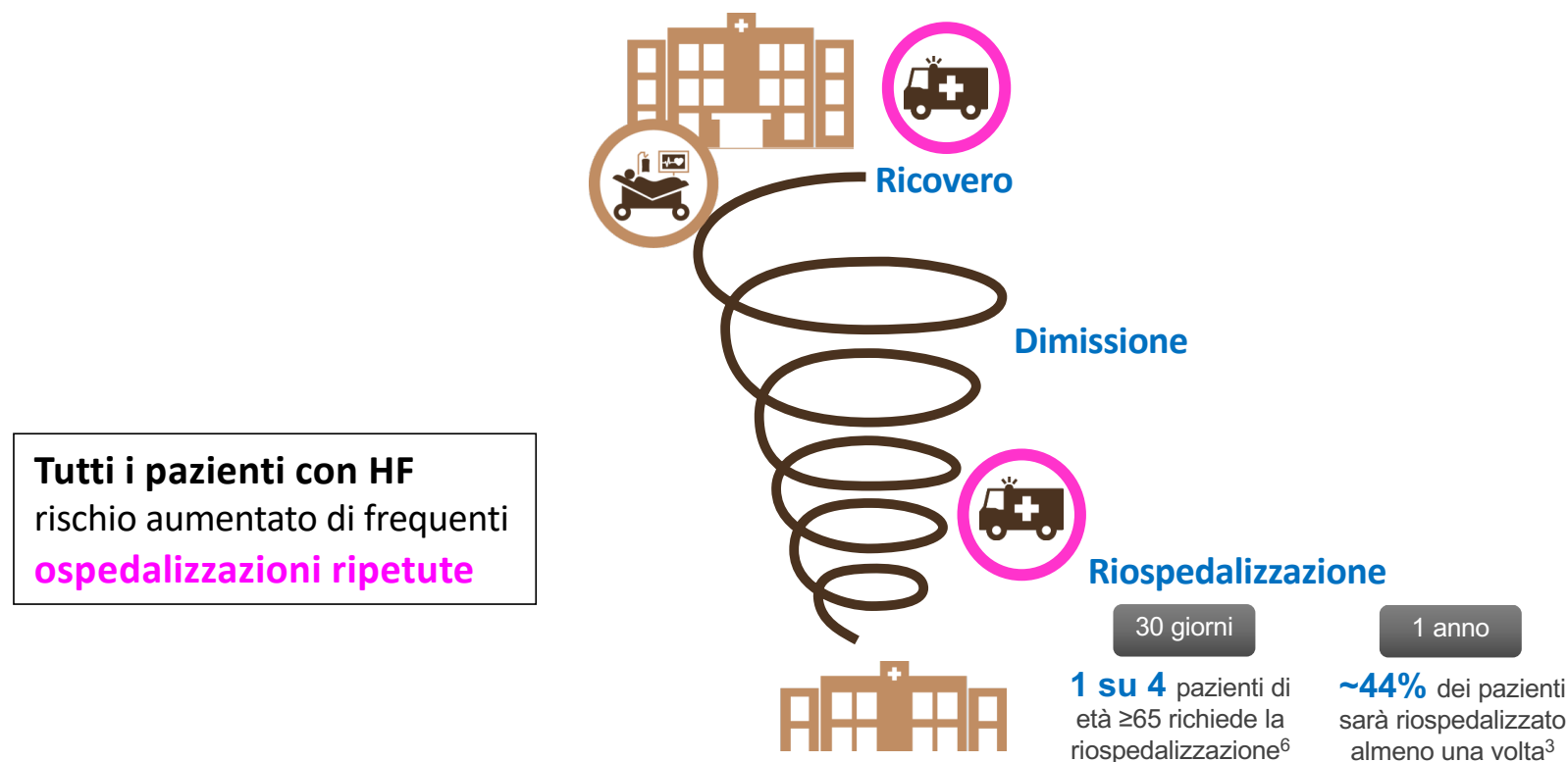
EQ-5D medio in pazienti con HF di classe NYHA III/IV rispetto alla popolazione generale e ad altre malattie croniche



Eur J Heart Fail 2005;7:243-51;
.J Adv. Nurs. 2008;61:373-83;
J Nurs Res 2008;30:943-59.

RIOSPEDALIZZAZIONI

prima causa di ospedalizzazione nei paesi sviluppati pazienti **> 65 anni**





PNE

126.840 ricoveri per Scompenso Cardiaco nel 2021

154.982 nel 2025

patologia con maggiore impatto (numerosità della casistica)
malattie non chirurgiche

per **ospedalizzazione potenzialmente
“evitabile”**

SCOMPENSO CARDIACO E SUE PECULIARITÀ NELLA DONNA - F. Lavalle, A. Campanale, G. Baggio, F. Moscucci, C. Politi, S. Sciomer

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Scompenso+cardiaco+e+sue+peculiarita%CC%80+nella+donna.>

SDO 2021 ricoveri per Scompenso Cardiaco

pazienti suddivisi per classi di età (45-65 a. 65-74 a. >75 a.)

tasso **decessi/ricoveri superiore** nelle **donne**

con *significatività statistica* del valore totale per **tutte le fasce di età**

l'osservazione **per classi di età ha sottolineato ulteriormente questa differenza tra i 45-64 a e nel gruppo di paziente di età > 75 a.**

Mortalità intraospedaliera per scompenso cardiaco: dati relativi alle fasce di età e divisi per sessi

SDO 2021						
ETA'	M	F	Totale complessivo	IRR	p-value	
25-44	1,42	2,73	1,75	1,93	0,072	
45-64	1,79	2,62	2,00	1,46	0,001	
65-74	3,73	3,61	3,69	0,97	0,656	
75+	9,95	10,34	10,16	1,04	0,049	
TOT	7,20	8,94	8,01	1,24	<0,001	

incidenza totale dei decessi **1,24** volte superiore con *p-value* statisticamente significativo

F (8,94 decessi ogni 100 ricoveri)

M (7,20 decessi ogni 100 ricoveri)

peculiarità scompenso cardiaco nella donna

Fisiopatologia del danno differente	Danno endoteliale e alterazione del microcircolo (diabete mellito e ipertensione arteriosa sistemica alla base del danno)
Sintomatologia peculiare e non tipica	Astenia più marcata, ridotta tolleranza allo sforzo , diaforesi, dispnea più accentuata, palpitazioni precordiali.
Ritardo diagnostico che condiziona diagnosi in età più avanzata	-Alto grado di polipatologia, polifarmacoterapia e danno iatrogeno -ridotta possibilità di accesso al trapianto -esclusione dai trial clinici
Difficile stratificazione prognostica	- Score/carte del rischio formulati su modelli maschili quindi non pensati e studiati per il sesso femminile -Nessuno score al momento prende in considerazione i fattori di rischio sesso-specifici
Alto rischio di “revolving door”	-elevati costi di gestione per il SSN -ridotta qualità di vita delle pazienti

SCOMPENSO CARDIACO E SUE PECULIARITÀ NELLA DONNA - F. Lavalle, A. Campanale, G. Baggio, F. Moscucci, C. Politi, S. Sciomer

<https://www.iss.it/documents/20126/6744472/Sindromi+Coronariche+Acute+peculiarita%CC%80+di+genere>

Fenotipi clinici HF

Caratteristica	Donne	Uomini
Età alla diagnosi/ricovero	↑	↓
HFpEF	↑↑	↓
HFrEF	↓	↑↑
Cardiopatia ischemica	↓	↑↑
Iipertensione	↑	↓
Fibrillazione atriale	↑/simile	↑/simile
Valvulopatie	↑	↓
Comorbidità non cardiovascolari	↑	↓
Disturbi neurocognitivi/depressione	↑	↓
Fumo/dislipidemia/COPD	↓	↑
LVEF	≥50%	<50%

peculiarità scompenso cardiaco nella donna

**Fisiopatologia del danno
differente**

Danno endoteliale e alterazione del microcircolo (diabete mellito e ipertensione arteriosa sistemica alla base del danno)

**Sintomatologia peculiare e non
tipica**

Astenia più marcata, ridotta tolleranza allo **sforzo**, diaforesi, **dispnea** più accentuata, **palpitazioni** precordiali.

**Ritardo diagnostico che
condiziona diagnosi in età più
avanzata**

-Alto grado di **polipatologia, polifarmacoterapia e danno iatrogeno**

-ridotta possibilità di accesso al **trapianto**

-**esclusione** dai trial clinici

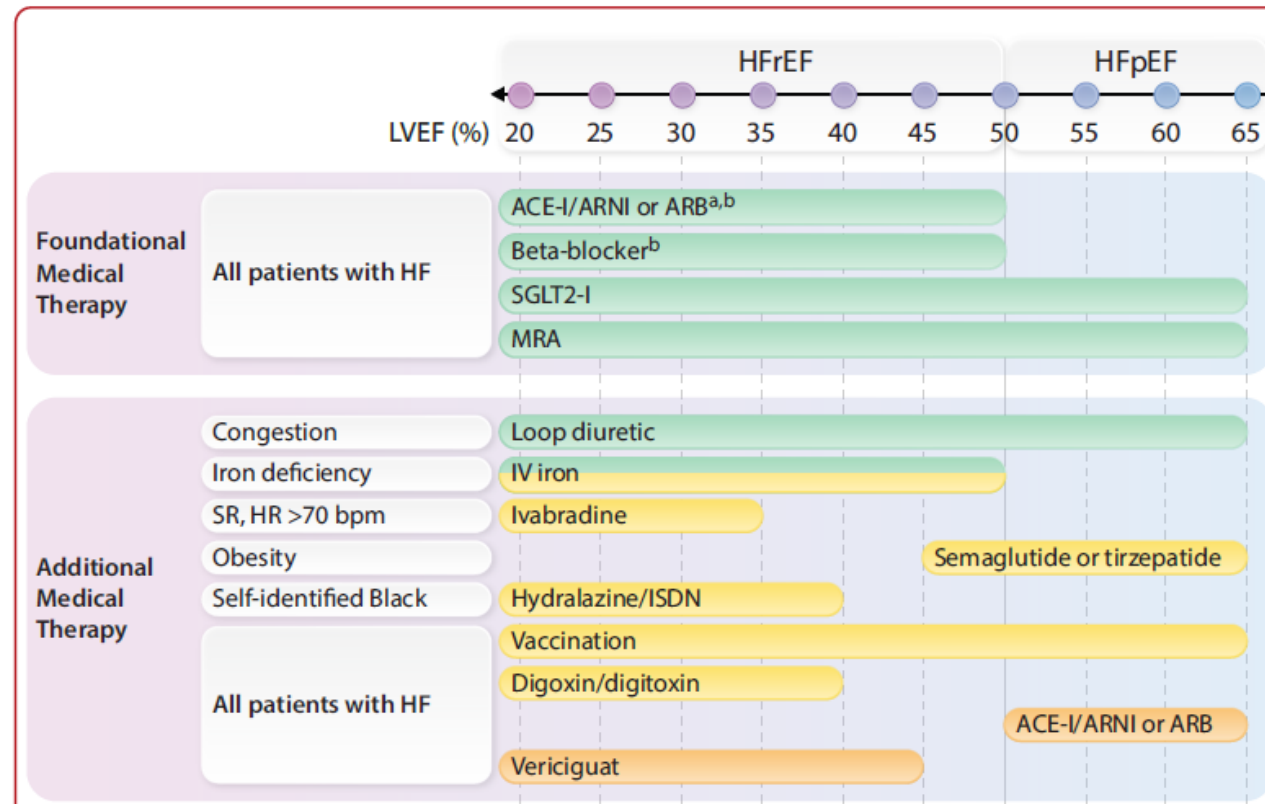
meno procedure chirurgiche

(PMK/defibrillatori o terapia di resincronizzazione)

minore indicazione al trapianto cardiaco

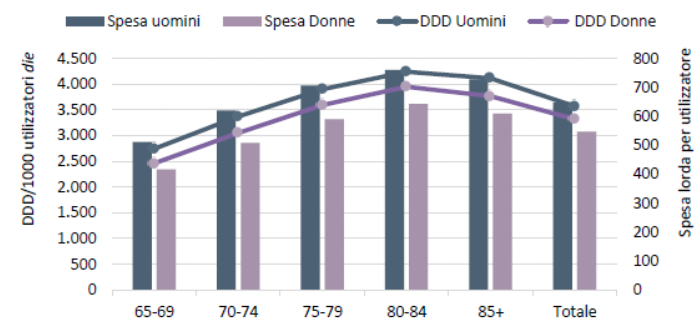
elevati costi di gestione (ricoveri ripetuti)

<https://www.iss.it/documents/20126/6744472/Sindromi+Coronariche+Acute+peculiarita%CC%80+di+genere>

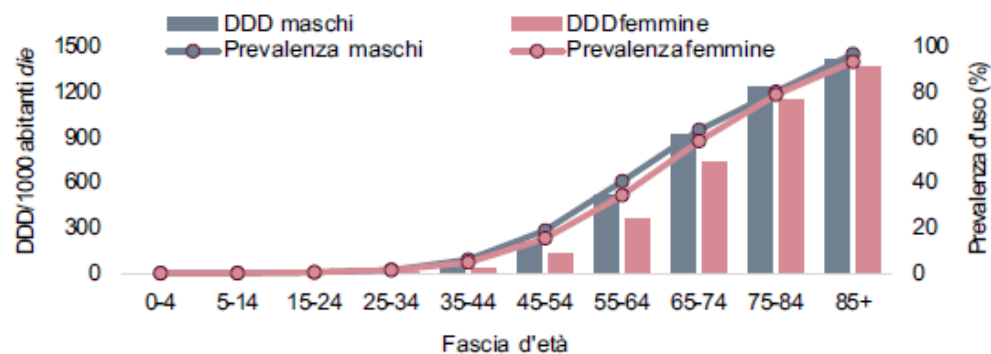


L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale Anno 2025



Distribuzione della prevalenza d'uso e del consumo di farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione per conto (anno 2024)



L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale Anno 2024





Ministero della Salute

**Aderenza terapeutica:
analisi critica e prospettive per un
percorso efficace di cura delle
malattie cardio-cerebrovascolari**



Alleanza italiana
per le malattie
cardio-cerebrovascolari

Questo documento, aggiornato al marzo 2024, è stato redatto dal Gruppo di lavoro dell'Alleanza Italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari sull'aderenza terapeutica come strumento necessario per garantire un percorso efficace di cura.

COMPONENTI DEL GRUPPO

Francesco Ravelli (Società Italiana di Cardiologia - SIC)
Allegra Battistoni (Società Italiana per la prevenzione cardiovascolare- SIPREC)
Paolo Bellisario (Ministero della salute)
Pasquale Caldarola (Fondazione per il Tuo cuore Onlus - HCF Onlus)
Sergio Caroli (Società Italiana di Telemedicina - SIT)
Alberto Catapano (Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi - SISA)
Giuseppe Ciancamerla (Coordinamento Nazionale Associazioni del Cuore - CONACUORE)
Vitaliano Corapi (Federazione degli Ordini Farmacisti Italiani - FOFI)
Giovanni De Luca (Associazione Italiana di Cardiologia Clinica, Preventiva e Riabilitativa - AICPR)
Michèle Felisatti (Associazione Italiana Specialisti dell'Esercizio Fisico - AISE)
Emanuela Folco (Fondazione Italiana per il Cuore - Italian Heart Foundation - FIPC)
Domenico Gabrielli (Fondazione per il Tuo cuore Onlus - HCF Onlus)
Antonio Vittorino Gaddi (Società Italiana di Telemedicina - SIT)
Alfonso Galati (Associazione Italiana di Cardiologia Clinica, Preventiva e Riabilitativa - AICPR)
Daniela Galeone (Ministero della salute)
Danièle Iacò (Comitato Italiano Scienze Motorie - CISM)
Sergio Lai (Fondazione Italiana per il Cuore - Italian Heart Foundation - FIPC)
Gabriella Lavalle (Società Italiana di formazione permanente per la medicina specialistica - SIFoP)
Federica Lorenzi (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI)
Maurizio Lucarelli (Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale - SSAMID)
Mario Mallardo (Associazione Italiana di Cardiologia Clinica, Preventiva e Riabilitativa - AICPR)
Roberto Marini (ANCE Cardiologia italiana del territorio - ANCE)
Romeo Martini (Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare - SIAPAV)
Alessandra Medolla (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - SIMG)
Cristina Meneghin (Fondazione Italiana per il Cuore - Italian Heart Foundation - FIPC)
Francesco Saverio Mennini (Ministero della salute)
Bruna Miseraffiti (Associazione Italiana di Cardiologia Clinica, Preventiva e Riabilitativa - AICPR)
Maria Lorenza Mulesan (Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa - Lega Italiana contro l'Iperensione Arteriosa - SIIA)
Federico Nardi (Fondazione per il Tuo cuore Onlus - HCF Onlus)
Stefania Orrù (Società Italiana delle Scienze Motorie e Sportive - SISMeS)
Vito Maurizio Puro (Società Italiana di Ecocardiografia e Cardiovascular Imaging - SIECVI)
Roberto Franco Enrico Pedretti (Società Italiana Cardiologia Ospedalità Accreditata - SICOA)
Roberto Franco Enrico Filardi (Società Italiana di Cardiologia - SIC)
Cecilia Politi (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI)
Nicola Rinaldi (Federazione A.L.I.Ce. Italia Onlus - Federazione delle Associazioni per la Lotta all'Ictus Cerebrale)
Carmine Riccio (Fondazione per il Tuo cuore Onlus - HCF Onlus)
Adamo Ripani (Comitato Italiano Scienze Motorie - CISM)
Paola Santalucia (Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari onlus - ALT onlus)
Leonardo Alberto Sechi (Società Italiana Medicina Interna - SIMI)
Antonio Tessitore (Società Italiana delle Scienze Motorie e Sportive - SISMeS)
Giuliano Tocci (Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa - Lega Italiana contro l'Iperensione Arteriosa - SIIA)
Francesco Vaia (Ministero della salute)
Roberto Volpe (Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi - SISA)

Coordinatori del gruppo di lavoro: Paolo Bellisario, Sergio Lai.

Coordinatori dei sottogruppi di lavoro: Sergio Caroli, Sergio Lai, Roberto Franco Enrico Pedretti.

(<https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/homeAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp>)

ADERENZA SUBOTTIMALE

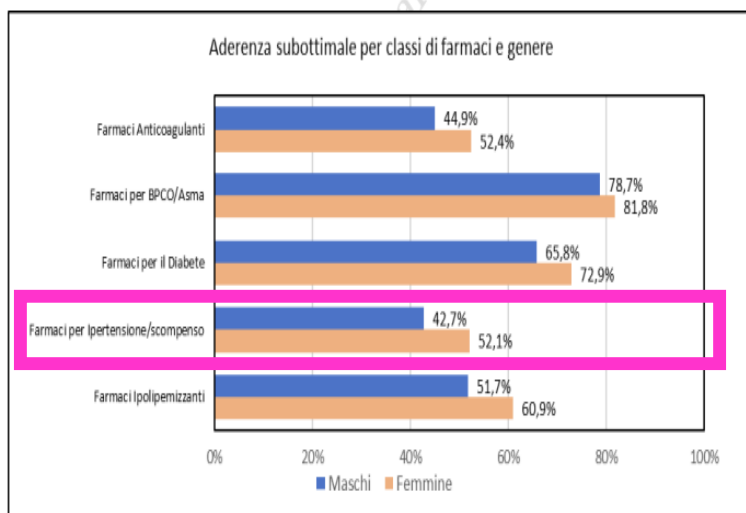
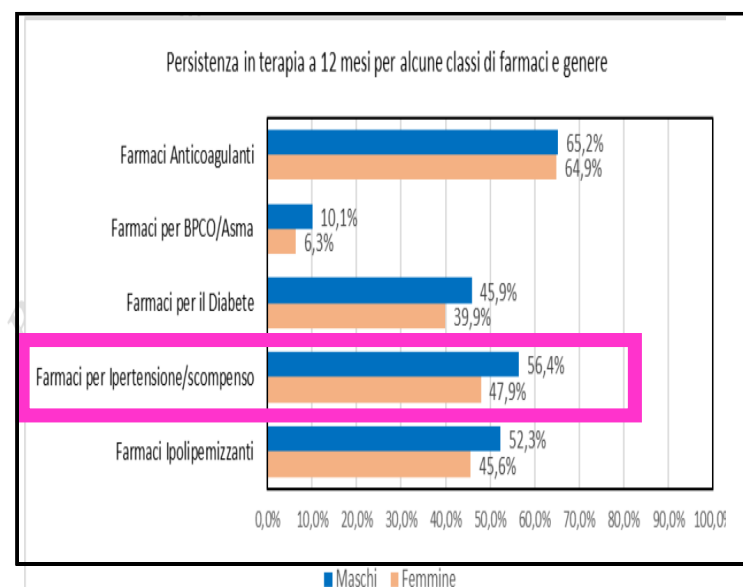


Grafico 3 (elaborato da OsMed 2022).

PERSISTENZA TERAPEUTICA



Determinanti di genere

- ruolo familiare e di caregiver
- condizioni socioeconomiche
- alfabetizzazione sanitaria
- percezione e comunicazione dei sintomi
- accesso ai servizi

personalizzazione
della presa in carico

due fenotipi, due percorsi?



ritardi diagnostici
inappropriatezza terapeutica
peggiori outcome



Ministero della Salute

**Piano per l'applicazione e la diffusione
della Medicina di Genere**
(in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018)

13 giugno 2019

SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 159° - Numero 25

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

LEGGE 11 gennaio 2018, n. 3

Art. 3.

*(Applicazione e diffusione della medicina di
genere nel Servizio sanitario nazionale)*



**TAVOLO TECNICO-SCIENTIFICO di ESPERTI e dei
REFERENTI per le Regioni**

Area A) PERCORSI CLINICI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE

Obiettivo specifico A.3:

Sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi, anche valorizzando le esperienze già presenti sul territorio nazionale, attuando percorsi di presa in carico della persona in un'ottica di genere, al fine di favorire una maggiore appropriatezza e personalizzazione di tali percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

AZIONI PREVISTE	ATTORI	INDICATORI
A.3.1) Proporre raccomandazioni e documenti utili nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e definire piani sanitari inclusivi di indicatori di processo e di esito stratificati per sesso e genere (livello di istruzione, nazionalità, ecc) e per tutte le categorie professionali operanti nel settore sanitario	Ministero Salute, ISS, AGENAS, AIFA, Regioni, Enti e Aziende del SSN, FNOMCeO, FNOPI, FNOPO, FOFI, MMG, PLS	Proposte di PDTA, indicatori di processo ed esito, genere-specifici, nei piani sanitari
A.3.2) Predisporre e implementare PDTA in un'ottica di genere nell'ambito delle U.O. esistenti	Aziende Ospedaliere e territoriali, Policlinici Universitari, IRCCS	PDTA implementati in un'ottica di genere
A.3.3) Monitorare e valutare gli effetti di PDTA genere-specifici	Aziende Ospedaliere e territoriali, Policlinici Universitari, IRCCS	Report con indicatori di processo ed esito genere-specifici
A.3.4) Valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari che assicurino la continuità assistenziale	Aziende Ospedaliere e territoriali, Policlinici Universitari, IRCCS	Reti multidisciplinari con attenzione al genere

PDTA

strumento di **gestione clinica**

- sulla base delle **evidenze scientifiche disponibili** sull'argomento
- definizione del ***miglior processo assistenziale***
- finalizzato a rispondere a ***specifici bisogni di salute***
- adattate al **contesto locale**
- in funzione delle **risorse disponibili**



PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

Rev. 01/RM
Del 28/09/2023

Approvata dal
Comitato per il Rischio
Clinico

Verificato dal
Responsabile
della U.O.S.
Rischio Clinico e Qualità
Dr. Giovanni Ruta

Autorizzato alla
diffusione dalla
Direzione Strategica
Aziendale
Commissario
Straordinario
Dott. Fabrizio Russo

Obiettivi del PDTA

Standardizzare la gestione del paziente con scompenso cardiaco (SC)

Migliorare:

- diagnosi precoce
- appropriatezza terapeutica
- continuità assistenziale ospedale–territorio

Ridurre:

- ricoveri e riospedalizzazioni
- mortalità e complicanze

3. IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

Il PDTA dello SC prevede le seguenti fasi:

- *screening*;
- diagnosi;
- presa in carico;
- terapia;
- *follow up*.

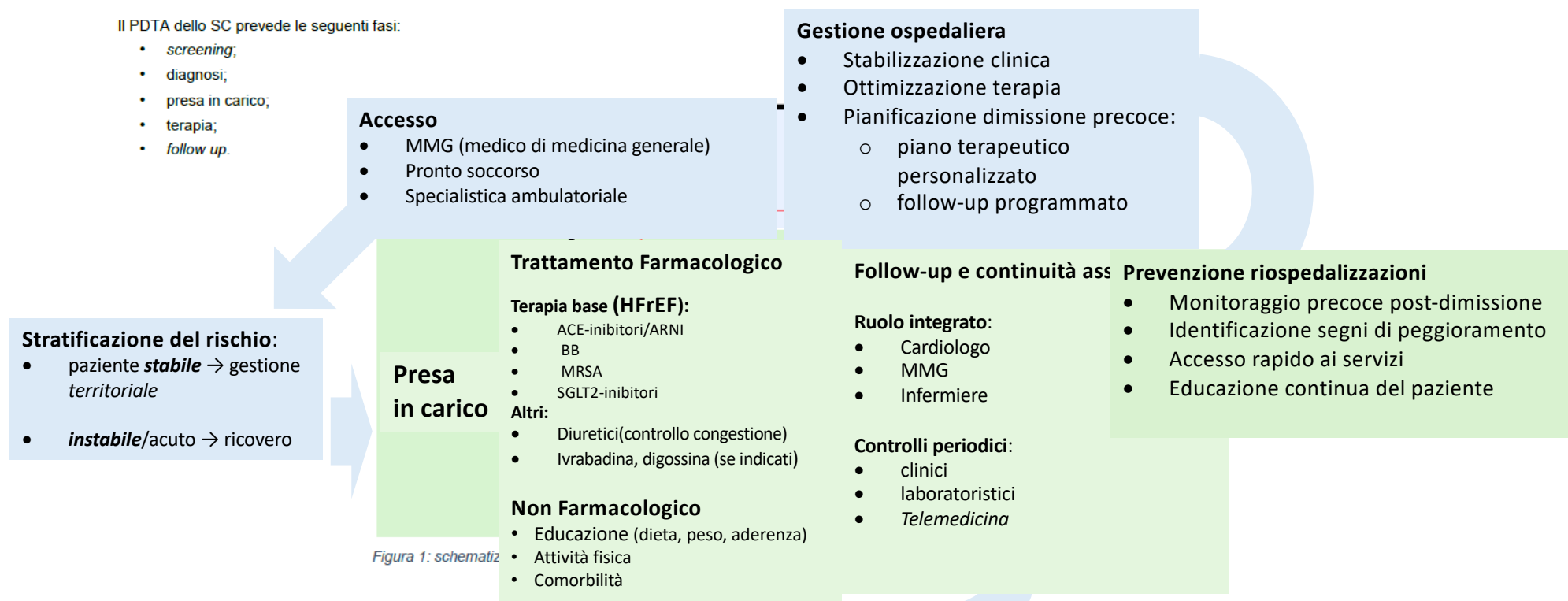


Figura 1: schematizzazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale



Indicatori

Indicatore	Descrizione	Misura
Efficacia di sistema - processo	Reparti non cardiologici: % di visita cardiologica pre- dimissione dall'ospedale per DRG 127	Pazienti dimessi con DRG 127 ricoverati in un reparto diverso da cardiologia sottoposti a visita cardiologica prima della dimissione sul totale pazienti dimessi con DRG 127 da un reparto diverso da cardiologia
	% di visita cardiologica programmata in ambulatorio entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera per DRG 127	Pazienti sottoposti a visita cardiologica programmata entro 30 giorni dalla dimissione con DRG 127 sul totale pazienti dimessi con DRG 127
Appropriatezza	% di esecuzione di ecocardiogramma in pazienti ricoverati per SC	Pazienti ricoverati per SC sottoposti a ECG sul totale pazienti ricoverati per SC
	Tasso d'impianto di defibrillatori/pacemaker biventricolari (ICD o CRT o CRTD), normalizzato per popolazione.	Somma del numero di pazienti con SC cui viene impiantato un defibrillatore / pacemaker biventricolare sul numero della popolazione residente *100.000
Efficacia di sistema - esito	Tasso di ospedalizzazione per SC (DRG 127), normalizzato per popolazione.	Rapporto tra il numero ricoveri pazienti con SC e la popolazione residente *100.000
	Percentuale di riammissioni ospedaliere per SC a 30 e 180 giorni, sui dimessi dall'ospedale per lo stesso DRG (127).	Pazienti con SC riammessi a 30 e 180 giorni dalla data di dimissione del precedente ricovero sul totale pazienti dimessi con DRG 127
	Tasso di mortalità annua a 30 e 365 dopo un ricovero per SC, normalizzato per popolazione.	Numero di pazienti che hanno avuto un ricovero per SC deceduti a 30 giorni sul numero della popolazione residente, *100.000 Numero di pazienti che hanno avuto un ricovero per SC deceduti a 365 giorni sul numero della popolazione residente, *100.000

	Paziente con Scompenso Cardiaco 	PDTA.A909.E061	Rev. 1
	PSDTA	14/08/2023	Pagina 1 di 40

Format redatto sulla base del documento metodologico predisposto dalla Regione Piemonte - Direzione Sanità e Welfare - Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitaria (ottobre 2021)

PSDTA del paziente con scompenso cardiaco



12. RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA

Di seguito è riportato il diagramma di flusso che riassume il PSDTA aziendale sullo SC (Figura 6).

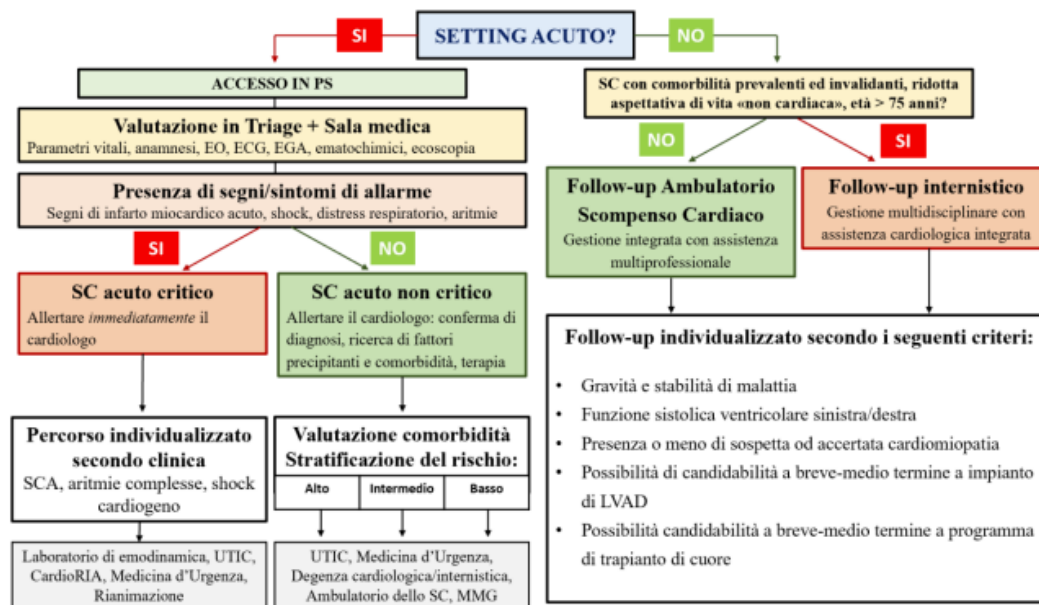


Figura 6. Flow-chart operativa aziendale del paziente con SC.

	Paziente con Scompenso Cardiaco 	PDTA.A909.E061	Rev. 1
	PSDTA	14/08/2023	Pagina 26 di 40

11.4 Terapia farmacologica dello scompenso cardiaco intracovero e alla dimissione

La terapia farmacologica dello SC **si** pone gli obiettivi di riduzione della mortalità, prevenzione delle riospedalizzazioni per SC e miglioramento delle condizioni cliniche, della classe funzionale e della qualità di vita. Nello SC a frazione d'eiezione ridotta (HFrEF), la triade di ACE-I/ARNI, beta-bloccante e antagonista del recettore dei mineralcorticoidi (MRA) costituisce il cardine della terapia, e dovrebbe essere presente in tutti i pazienti con HFrEF qualora non sussistano controindicazioni all'utilizzo di questi farmaci. L'ARNI dovrebbe essere avviato quanto prima, se possibile intracovero, nel rispetto tuttavia dei criteri di prescrivibilità imposti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Gli inibitori del co-trasportatore 2 sodio-glucosio (SGLT2i) hanno dimostrato di ridurre il rischio di morte cardiovascolare e ospedalizzazione per SC nei pazienti con HFrEF, e il loro utilizzo è raccomandato in tutti i pazienti già in terapia con ACE-I/ARNI, un beta-bloccante e un MRA, indipendentemente dalla presenza o meno del diabete mellito. Recentemente l'empagliflozin ha ottenuto la rimborsabilità per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica negli adulti.

un quadro clinicamente stabile ed euvolemico. I dosaggi dei farmaci anti-scompenso raccomandati nei pazienti con HFrEF sono riportati nella tabella successiva.

Farmaci	Dose di avvio	Dose target	Presenti in PTO aziendale
ACE-I			
Captopril	6.25 mg 3 volte al giorno	50 mg 3 volte al giorno	Sì
Enalapril	2.5 mg 2 volte al giorno*	10-20 mg 2 volte al giorno	Sì
Ramipril	2.5 mg 2 volte al giorno *	5 mg 2 volte al giorno	Sì
Lisinopril	2.5-5mg 1 volta al giorno*	20-35 mg 1 volta al giorno	No
Trandolapril	0.5 mg 1 volta al giorno	4 mg 1 volta al giorno	No
ARB			
Losartan	50 mg 1 volta al giorno *	150 mg 1 volta al giorno	Sì
Valsartan	40 mg 2 volte al giorno	160 mg 2 volte al giorno	Sì
ARNI			
Sacubitril/valsartan	24/26 mg 2 volte al giorno	97/103 mg 2 volte al giorno	Sì
Beta-bloccanti			
Bisoprololo	1.25 mg 1 volta al giorno	10 mg 1 volta al giorno	Sì
Carvedilolo	3.125 mg 2 volte al giorno	25 mg 2 volte al giorno	Sì
		50 mg 2 volte al giorno se >85Kg)	
Metoprololo	25 mg 2 volte al giorno**	100 mg 2 volte al giorno	Sì
Nebivololo	1.25 mg 1 volta al giorno	10 mg 1 volta al giorno	Sì
MRA			
Eplerenone	25 mg 1 volta al giorno	50 mg 1 volta al giorno	No
Spironolattone	25 mg 1 volta al giorno*	50 mg 1 volta al giorno	Sì
SGLT2i			
Dapagliflozin	10 mg 1 volta al giorno	10 mg 1 volta al giorno	Sì
Empagliflozin	10 mg 1 volta al giorno	10 mg 1 volta al giorno	Sì

Tabella 12. Posologia dei farmaci cardine della terapia anti-scompenso nei pazienti con HFrEF

	Paziente con Scompenso Cardiaco  PSDTA	PDTA.A909.E061 14//08/2023	Rev. 1 Pagina 37 di 40
---	---	-------------------------------	---------------------------

14. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

3. Indicatori su valutazione, trattamento ed esiti

Gli indicatori proposti sono stati adattati dal PDTA aziendale e dalla pubblicazione dell'ESC 2022 (Aktas EJ Heart Failure 2022), selezionando quelli calcolabili usando in modo integrato i flussi informativi sanitari (SDO, prestazioni per ricoverati, esami di laboratorio per interni, prescrizioni farmacologiche alla dimissione). L'analisi di questi indicatori sarà stratificata per raggruppamento di pazienti con SC e per dipartimento di dimissione. Ulteriori stratificazioni e aggiustamenti statistici per sesso, classe di età e comorbidità saranno utilizzati per valutare differenze tra aree assistenziali e nel tempo.

- Proporzioni di pazienti con consulenza cardiologica durante il ricovero (esclusi ricoverati in cardiologia e unità coronarica)
- Proporzioni di pazienti con esame ecocardiografico durante il ricovero
- Proporzioni di pazienti con misurazione del BTproBNP durante il ricovero
- Proporzioni di pazienti dimessi con i seguenti farmaci:
 - ACE-I/ARB/ARNI
 - beta-bloccante
 - antagonista del recettore dei mineralcorticoidi (MRA)
 - SGLT2i
- Proporzioni di pazienti deceduti in ospedale, a 30 e a 90 giorni dalla dimissione
- Proporzioni di pazienti con un ricovero ospedaliero entro 30 e 90 giorni dalla dimissione

PDTA INDICATORI

A.S.L. AT Azienda Sanitaria Locale di Asì	SGQ – Sistema di Gestione per la Qualità PRODUZIONE PSDTA Scompenso Cardiaco	Idp /14 Rev. 2 del 06/12/2023 Scadenza 06/12/2026
--	---	--



3.2 Indicatori di misurazione

Criterio	Indicatore	Resp.	Tipo	Frequenza	Standard	Fonte
Presa in carico dei Pazienti	N° Pazienti presi in carico dall'IFEC / N° Pazienti segnalati dalla COT all'IFEC	COT	%	Annuale	90 %	
Presa in carico dei Pazienti	Riammissione ospedaliera entro 30 giorni dalla dimissione / totale Pazienti presi in carico ambulatorialmente		%	Annuale	90 %	PNE 2021

Indicatore	Descrizione	Misura
Efficacia di sistema - processo	Reperti non cardiologici: % di visita cardiologica pre-dimissione dall'ospedale per DRG 127	Pazienti dimessi con DRG 127 ricoverati in un reparto diverso da cardiologia sottoposti a visita cardiologica prima della dimissione sul totale pazienti dimessi con DRG 127 da un reparto diverso da cardiologia
	% di visita cardiologica programmata in ambulatorio entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera per DRG 127	Pazienti sottoposti a visita cardiologica programmata entro 30 giorni dalla dimissione con DRG 127 sul totale pazienti dimessi con DRG 127
Appropriatezza	% di esecuzione di ecocardiogramma in pazienti ricoverati per SC	Pazienti ricoverati per SC sottoposti a ECG sul totale pazienti ricoverati per SC
	Tasso d'impianto di defibrillatori/pacemaker biventricolari (ICD o CRT o CRTD), normalizzato per popolazione.	Somma del numero di pazienti con SC cui viene impiantato un defibrillatore / pacemaker biventricolare sul numero della popolazione residente *100.000
Efficacia di sistema - esito	Tasso di ospedalizzazione per SC (DRG 127), normalizzato per popolazione.	Rapporto tra il numero ricoveri pazienti con SC e la popolazione residente *100.000
	Percentuale di riammissioni ospedaliere per SC a 30 e 180 giorni dalla data di dimissione, sui dimessi dall'ospedale per lo stesso DRG (127).	Pazienti con SC riammessi a 30 e 180 giorni dalla data di dimissione del precedente ricovero sul totale pazienti dimessi con DRG 127
	Tasso di mortalità annua a 30 e 365 dopo un ricovero per SC, normalizzato per popolazione.	Numero di pazienti che hanno avuto un ricovero per SC deceduti a 30 giorni sul numero della popolazione residente, *100.000 Numero di pazienti che hanno avuto un ricovero per SC deceduti a 365 giorni sul numero della popolazione residente, *100.000

**Indicatori
genere-specifici ?**

necessità di un approccio
genere specifico
per ridurre morbidità, mortalità
e costi di gestione
nella donna

SCOMPENSO CARDIACO E SUE PECULIARITÀ NELLA DONNA

F. Lavallo, A. Campanale, G. Baggio, F. Moscucci, C. Politi, S. Sciomer

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Scompenso+cardiaco+e+sue+peculiarita%CC%80+nella+donna>.

- A. istituire programmi di **educazione continua** in ambito sanitario
- B. garantire programmi di **informazione** della popolazione tutta e del genere
- C. strutturare **percorsi diagnostico-terapeutici dedicati** alle donne e finalizzati alla diagnosi precoce ed ai relativi trattamenti medici e/o interventistici che permettano di evitare la latenza temporale diagnostico-terapeutica
minore nelle donne rispetto agli uomini.

Su iniziativa della On. Ilenia Malavasi

Giovedì 20 novembre 2025

ore 11:30 – 12.30

Sala Stampa Camera dei Deputati

Palazzo Montecitorio

Via della Missione 4 – Roma



Il ruolo delle Società scientifiche, di *Cecilia Politi*

- 11.1. Il contesto normativo
- 11.2. Ricerca clinica
- 11.3. Formazione
- 11.4. Politiche sanitarie
- 11.5. Sfide ancora aperte
- 11.6. Prospettive future e raccomandazioni
- 11.7. Conclusioni

[scaricabile gratuitamente](http://bit.ly/francoangeli-oa) <http://bit.ly/francoangeli-oa>

**MEDICINA
E FARMACOLOGIA
DI GENERE**

Evoluzione,
traguardi, sfide

Libro bianco 2025





Medicina di genere, sesso e genere entrano tra i criteri per lo sviluppo di Linee Guida

Pubblicato 08/03/2023 - Modificato 08/03/2023

<https://www.iss.it/-/medicina-di-genere-sesso-e-genere-entrano-tra-i-criteri-per-lo-sviluppo-di-linee-guida>





CONSENSUS CONFERENCE RBPCA ISS – CNEC

sulla

Diagnosi e Cura delle Sindromi Coronariche Acute

Raccomandazioni di Buona Pratica Clinico-Assistenziale Consensus-Based

10-11 febbraio 2026



in progress



Documento di Consenso Inter-Societario sul Percorso Cardiovascolare della donna





10 ottobre 2024

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori ZULLO, ZAFFINI, LEONARDI, MANCINI, SATTA, IANNONE, GUIDI, PETRENGA, MAFFONI, ROSA, RAPANI, SIGISMONDI, LIRIS, FAROLFI, TERZI DI SANT'AGATA, SALLEMI, FALLUCCHI, COSENZA, NOCCO e AMBROGIO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 22 GENNAIO 2024

Misure per il potenziamento della medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale

Art. 11

(Formazione continua e permanente)

1. A decorrere dal 1° gennaio 2024 è fatto obbligo agli operatori sanitari assoggettati al programma di educazione continua in medicina (ECM) di formazione continua e permanente di acquisire competenze in ambito di "MdG". La Commissione nazionale per la formazione continua (CNFC) prevede che i crediti conseguiti in tale ambito determinano un incremento premiale significativo.

Take at Home messages

sesto e genere nello Scompenso Cardiaco

- determinante degli **outcome**
- *devono* entrare nella **programmazione dell'assistenza**

**Medicina più *appropriata*
equa ed orientata al
*miglioramento degli outcome***



la medicina
delle differenze