

Ai Direttori dei Distretti Sanitari  
Ai Direttori dei Presidi Ospedalieri  
Al Responsabile U.O.S.D. Gestione Cure Primarie, Assistenza  
Protesica, Integrativa e Riabilitativa  
Al Responsabile U.O.S. Cure Primarie – Distretto Trapani  
Al Responsabile U.O.S. Assistenza Specialistica Interna ed Esterna – Distretto di Trapani  
Al Responsabile Ufficio Infermieristico Distretto Trapani

E p.c. Al Commissario  
Al Direttore Sanitario  
Al Direttore Dipartimento di Medicina  
Al Responsabile Servizio Infermieristico Aziendale

LORO SEDI

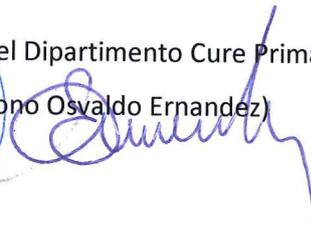
**Oggetto: Progetto Screening della Fibrillazione Atriale. Linee Operative**

Si trasmettono in allegato, per la puntuale applicazione, le “Linee Operative per la gestione dello Screening della Fibrillazione Atriale”, già approvate dal Commissario di questa Azienda.

Seguirà apposita riunione con i Direttori dei Distretti Sanitari per la consegna degli Holter cardiologici secondo quanto stabilito nelle allegate Linee Guida.

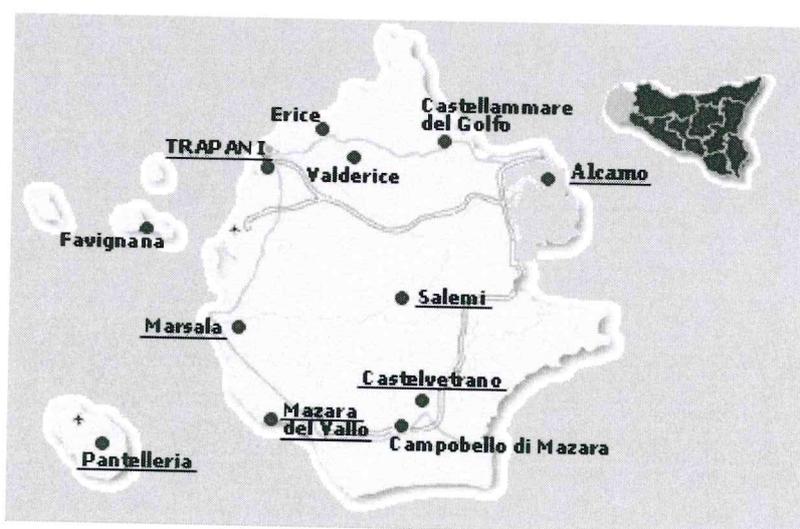


Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie  
(Dr. Cono Osvaldo Ernandez)



## PROGETTO DI SCREENING PER LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

### *Linee Operative*



### *Gruppo di lavoro:*

*Dr. Cono Osvaldo Hernandez*

*Dr. Maurizio Abrignani*

*Dr.ssa Manuela Ponti*

*Direttore Dipartimento Cure Primarie*

*Responsabile Scientifico Progetto Screening  
Fibrillazione Atriale*

*Responsabile Ufficio Servizio Sociale Professionale*

Il progetto di screening per la Fibrillazione Atriale verrà attuato in tutti gli ambulatori territoriali di Cardiologia. Nello specifico il Progetto di Screening in argomento verrà attuato nei seguenti Distretti Sanitari con l'assegnazione degli Holter nella seguente misura:

DISTRETTO SANITARIO	INDIRIZZO EMAIL	HOLTER ASSEGNATI
DISTRETTO SANITARIO DI TRAPANI	<a href="mailto:distretto.trapani@asptrapani.it">distretto.trapani@asptrapani.it</a>	n. 4
DISTRETTO SANITARIO DI PANTELLERIA	<a href="mailto:distretto.sanitario.pantelleria@asltrapani.it">distretto.sanitario.pantelleria@asltrapani.it</a>	n. 1
DISTRETTO SANITARIO DI ALCAMO	<a href="mailto:distretto.sanitario.alcama@asptrapani.it">distretto.sanitario.alcama@asptrapani.it</a>	n. 3
DISTRETTO SANITARIO DI MARSALA	<a href="mailto:distretto.sanitario.marsala@asptrapani.it">distretto.sanitario.marsala@asptrapani.it</a>	n. 4
DISTRETTO SANITARIO DI CASTELVETRANO	<a href="mailto:distretto.sanitario.castelvetrano@asptrapani.it">distretto.sanitario.castelvetrano@asptrapani.it</a>	n. 3
DISTRETTO SANITARIO DI MAZARA DEL VALLO	<a href="mailto:distretto.sanitario.mazara@asptrapani.it">distretto.sanitario.mazara@asptrapani.it</a>	n. 3

#### POPOLAZIONE TARGET

La popolazione target sarà costituita da cittadini senza fibrillazione atriale nota, senza un precedente episodio di infarto miocardico acuto e senza una precedente diagnosi di scompenso cardiaco e con almeno una delle seguenti caratteristiche:

- pregresso ictus
- età maggiore di 75 anni
- Almeno due tra età maggiore di 65 anni, ipertensione arteriosa e diabete mellito

#### ISTITUZIONE REGISTRO DISTRETTUALE

Ai **Medici di Medicina Generale** verrà richiesto di inviare al Distretto Sanitario/PTA in cui operano l'elenco dei propri pazienti target da inserire nel Programma di Screening corredato dai relativi recapiti telefonici. Per ogni paziente il MMG compilerà la scheda allegata alle presenti Linee Operative (ALLEGATO A) e provvederà alla sottoscrizione del consenso informato (ALLEGATO B) e alla loro trasmissione all'indirizzo di posta elettronica del Distretto Sanitario di appartenenza.

#### RECLUTAMENTO DEI PAZIENTI

Il **Medico di Medicina Generale** informerà i propri pazienti segnalati dell'iniziativa, del percorso da intraprendere e dell'importanza di una precoce diagnosi e provvederà a redigere, su ricettario del SSN, una apposita ricetta per "visita cardiologica ed ECG Holter" (Cod. 897CA e 8950).

L' **Infermiere** dello Sportello Paziente Cronico o il Responsabile dell'Ambulatorio Infermieristico del Distretto Sanitario, concordata una apposita Agenda con lo Specialista Ambulatoriale, provvederà ad effettuare una programmazione degli accessi dei pazienti contattandoli telefonicamente al fine di concordare giorno ed orario di visita.

## **ACCESSO DEL PAZIENTE**

Il **cittadino**, precedentemente contattato telefonicamente, dovrà recarsi, nel giorno ed orario stabilito, presso lo Sportello Paziente Cronico o Ambulatorio Infermieristico del PTA/Poliambulatorio Distrettuale munito della ricetta redatta dal proprio MMG. Qualora non fosse beneficiario di esenzione ticket, prima dell'accesso, dovrà recarsi allo Sportello Cassa del Distretto o presso uno sportello Lottomatica per provvedere al pagamento.

L'**Infermiere** dello Sportello Paziente Cronico o dell'Ambulatorio Infermieristico provvederà ad accompagnare il paziente all'Ambulatorio di Cardiologia. Provvederà inoltre alla registrazione della visita in back-office.

## **VISITA CARDIOLOGICA ED ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)**

Lo **Specialista Cardiologo** del PTA/Poliambulatorio distrettuale sottoporrà il paziente a visita e provvederà a posizionare l'Holter.

In seguito procederà a valutare l'esame, a comunicare al paziente le risultanze ed a stilare apposito referto. Le copie del referto e della scheda paziente, a prescindere dal riscontro o meno di una fibrillazione atriale, dovranno essere trasmesse all'indirizzo di posta elettronica del Responsabile Scientifico dott. Abrignani per il calcolo degli indicatori relativi al progetto e per la successiva valutazione scientifica dello stesso.

## **PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**

Lo **Specialista Cardiologo** del PTA/Poliambulatorio distrettuale, qualora l'Holter rilevasse la presenza di una Fibrillazione Atriale, provvederà ad inviare il paziente alla segreteria dell'U.O. di Cardiologia del **Presidio Ospedaliero** di riferimento per territorio al fine di una corretta presa in carico. Il cardiologo ospedaliero annoterà nella scheda paziente la eventuale terapia prescritta (nessuna, antiaggreganti, warfarin, acenocumarolo, dabigatran 110 o 150, Rivaroxaban 20 o 15, apixaban 5 o 2,5 ed edoxaban 60 o 30) e ne trametterà una copia al Responsabile Scientifico (maur.abri@alice.it).

Qualora venissero evidenziati altri tipi di aritmia, verranno attivati gli usuali percorsi diagnostico-assistenziali.

## **VALUTAZIONE DEI RISULTATI**

Il **Responsabile Scientifico** del Progetto di Screening per la Fibrillazione Atriale avrà cura, trimestralmente, di acquisire dai Distretti i dati necessari alla corretta valutazione dei risultati raggiunti.

## **SCREENING FIBRILLAZIONE ATRIALE**

### **Scheda di segnalazione**

Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_

Di anni \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

- ETÀ MAGGIORE DI 75 ANNI
- PREGRESSO ICTUS
- ETÀ MAGGIORE DI 65 ANNI
- IPERTENSIONE ARTERIOSA
- DIABETE MELLITO

**IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

\_\_\_\_\_  
*(timbro e firma)*

da inviare via mail al Distretto Sanitario

[distretto.trapani@asptrapani.it](mailto:distretto.trapani@asptrapani.it)

[distretto.sanitario.pantelleria@asltrapani.it](mailto:distretto.sanitario.pantelleria@asltrapani.it)

[distretto.sanitario.alcamo@asptrapani.it](mailto:distretto.sanitario.alcamo@asptrapani.it)

[distretto.sanitario.marsala@asptrapani.it](mailto:distretto.sanitario.marsala@asptrapani.it)

[distretto.sanitario.castelvetrano@asptrapani.it](mailto:distretto.sanitario.castelvetrano@asptrapani.it)

[distretto.sanitario.mazara@asptrapani.it](mailto:distretto.sanitario.mazara@asptrapani.it)

Responsabile scientifico dott. M.G. Abrignani

[maur.abri@alice.it](mailto:maur.abri@alice.it)

## **SCREENING FIBRILLAZIONE ATRIALE**

### **Consenso informato**

*(I dati personali e ogni altro tipo di informazione acquisita verrà trattata secondo quanto previsto dal D.Lgs. 30.06.2003, n.196)*

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato adeguatamente informato dal proprio Medico di Famiglia

Dott \_\_\_\_\_ su obiettivi, modalità, benefici attesi ed eventuali percorsi di presa in carico nell'ambito dello **"SCREENING PER LA FIBRILLAZIONE ATRIALE"**.

Avendo compreso tali finalità esprime, quindi, il proprio consenso a :

- Aderire allo Screening per la Fibrillazione Atriale
- Consentire all'ASP di Trapani il trattamento dei propri dati personali e sensibili per le finalità dello Screening
- Acconsentire al trattamento dei propri dati, in forma anonima, per fini di ricerca scientifica

Il sottoscritto si riserva di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento.

In fede \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Asp di Trapani  
0056202  
31/05/2018 - D

Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Siciliana

MAZZINI, I - 91100 TRAPANI  
(0923) 805111 - FAX (0923) 873745  
Codice Fiscale - P. IVA 02363280815

Al Commissario  
Al Direttore Sanitario

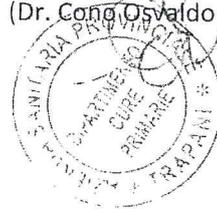
LORO SEDI

**Oggetto: Progetto Screening della Fibrillazione Atriale. Linee Operative**

Sulla scorta di quanto previsto nell' ambito del Progetto di Screening della Fibrillazione Atriale dell'ASP di Trapani dal Responsabile Scientifico Dr. Maurizio Abrignani ed a seguito della riunione tenutasi in data 02.05.2018 presso la Direzione Generale si trasmettono di seguito, per la formale approvazione, le Linee Operative da attuarsi nei Distretti Sanitari dell'Azienda.

Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie

(Dr. Cono Osvaldo Hernandez)



SI APPROVA

COMMISSARIO  
(Dott. Giovanni Bayetta)

05/06/18

A.S.P. - TRAPANI  
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE  
ARRIVATO  
IN DATA 07/06/2018