

PIANO REGIONALE PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO"

**SUL MODELLO DELLA
CONSENSUS CONFERENCE NAZIONALE
"MODELLI GESTIONALI
DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO"**

VEDI ALLEGATO TRATTO DA: GIORNALE ITALIANO DI CARDIOLOGIA 2006; 7: 383-432

PREMESSA

Lo scompenso cardiaco è una patologia ad elevata prevalenza, che colpisce 1,5-2% della popolazione nel mondo occidentale. Prevalenza e incidenza aumentano in maniera esponenziale con l'età. Lo scompenso cardiaco assorbe all'incirca il 2% della spesa sanitaria globale e la maggiore determinante dell'assorbimento di risorse dovuta ai costi per l'assistenza ospedaliera. In assenza di studi di popolazione specifici per la realtà italiana, un indicatore utilizzabile per una stima dell'epidemiologia dello SC è fornito dall'analisi dei ricoveri ospedalieri che mostra come il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) è divenuto in Italia nel 2003 la prima causa di ricovero dopo il parto naturale, e che lo SC rappresenta la patologia con i più alti costi per assistenza ospedaliera. Lo SC si conferma una malattia dell'età avanzata, con un'età media dei ricoverati di 77 anni. Nel 2003 sono stati 186.945 i ricoveri classificati con codice ICD9 428, con un incremento del 2,4% rispetto al 2002 e del 7,3% rispetto al 2001, mentre il tasso grezzo è passato da 306 a 334 ricoveri/anno per 100.000 mila abitanti. La degenza per SC ha una durata media elevata, di circa 9 giorni, che si è ridotta di poco dal 2001 al 2003. I ricoveri ripetuti per SC nell'arco di 1 anno hanno mostrato una netta tendenza all'incremento dal 2001 al 2003, un dato che indica come un'azione di prevenzione secondaria indirizzata a ridurre il numero, potrebbe da sola consentire un significativo contenimento dei costi.

Il crescente numero di pazienti affetti da SC particolarmente nell'età avanzata, e l'esponenziale aumento della spesa sanitaria per questo tipo di patologia, impongono di ridisegnare i percorsi sanitari di cura. Diverse esperienze di gestione dello SC in tutto il mondo, e più recentemente anche in Italia, si sono basate su nuove modalità di assistenza integrata e di tipo multidisciplinare incentrate sull'assistenza medica e infermieristica territoriale, e sull'impiego delle nuove modalità di comunicazione offerte dalla telemedicina.

Gli studi condotti con modelli di gestione integrata dello SC hanno dimostrato evidenti vantaggi attraverso:

- il miglioramento della capacità funzionale e della qualità di vita
- l'educazione dei pazienti (compresa adesione e capacità di autogestione della terapia)
- l'individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione
- il controllo della progressione della malattia
- la riduzione dei ricoveri ospedalieri per riacutizzazione

Alcuni dati recenti inoltre sembrano indicare come modelli di gestione integrata possano ridurre la mortalità dei pazienti affetti per scompenso cardiaco.

I mutamenti demografici, la migliore attesa di vita e l'aumento della prevalenza della cronicità stanno determinando a livello istituzionale il reindirizzamento del governo clinico delle patologie croniche, dalle strutture ospedaliere, più opportunamente deputate alla

gestione dell'acuto, verso le cure primarie, cioè verso la medicina generale e le strutture territoriali.

La gestione integrata dei pazienti in una rete di servizi territoriali richiede tuttavia l'esplicitazione dei processi di cura, con una dettagliata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici (PDT), dei profili assistenziali, dei ruoli e delle responsabilità dei diversi operatori sanitari.

D'altra parte in un sistema di gestione integrata mirato alla continuità assistenziale, è di fondamentale importanza la definizione di PDT anche all'interno dell'ospedale, e la necessità di garantire continuità di cure anche attraverso diverse strutture ospedaliere.

Critica è inoltre la definizione delle modalità di accesso al ricovero ospedaliero e di dimissione. La comunicazione e la condivisione dei percorsi assistenziali tra struttura ospedaliera e territoriale appare infatti decisiva per garantire continuità e qualità delle cure. Infine cruciale, come in tutte le patologie croniche, è l'assunzione di un ruolo responsabile e attivo del paziente nella gestione della sua malattia attraverso un appropriato intervento educativo.

In conclusione per una efficace gestione dello scompenso cardiaco è opportuno puntare ad un modello di gestione che preveda diversi percorsi di cura in relazione alla severità della malattia, alla presenza e tipo di comorbidità, all'età e al contesto sociale del paziente.

Nella nostra regione è necessario e urgente un intervento volto a razionalizzare la gestione dello scompenso cardiaco in quanto alcuni dati resi noti dal Ministero della Salute relativi alle SDO del 2003 ci collocano ai primi posti per numero di ricoveri, prevalenza e incidenza di scompenso cardiaco.

Tutto ciò premesso il Gruppo di Lavoro Consensus della Regione Calabria, nominato dalle principali Società Scientifiche Nazionali (ANMCO, SIC, SIMI, FADOI, SIMG, SIGOS, SICOA, GIRC) propone alle Istituzioni Regionali il presente

PIANO REGIONALE PER L'ASSISTENZA DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

Finalità del piano

Il presente piano definisce modalità e tempi per l'avvio e sviluppo nella nostra regione di una Rete integrata "Ospedale-Territorio" per la gestione del paziente con Scompenso Cardiaco secondo il modello previsto dalla Consensus Conference sui Modelli Gestionali dello Scompenso Cardiaco, redatta in collaborazione da rappresentanti delle principali società scientifiche.

Giornale Italiano di Cardiologia 2006; 7: 383-432 (allegato 1)

Obiettivi del Piano Attuativo

Il piano regionale per lo Scompeso Cardiaco si propone di realizzare un modello assistenziale basato su una rete "Ospedale-Territorio" che consenta l'integrazione tra cure primarie, prestazioni specialistiche e prestazioni erogate da centri ospedalieri.

In particolare il piano intende definire il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco in tutte le sue fasi:

- dalla presa in carico da parte delle strutture territoriali, attraverso il Medico di Medicina Generale, supportato dagli specialisti e dagli altri operatori sanitari delle strutture distrettuali
- nella fase di ricovero presso strutture ospedaliere di riferimento, per la diagnosi ed il trattamento della malattia e delle eventuali riacutizzazioni
- alla fase di riabilitazione funzionale da effettuarsi preferibilmente a domicilio del paziente attraverso i servizi distrettuali nelle forme di ospedalizzazione domiciliare o assistenza domiciliare integrata.

Gli obiettivi prioritari del Piano Regionale sono la prevenzione, il miglioramento della prognosi, della capacità funzionale, della qualità della vita, e la riduzione delle ospedalizzazioni e dei costi di gestione dei pazienti con SC attraverso:

- La Dipartimentalizzazione funzionale;
- L'adozione di linee guida diagnostico-terapeutiche comuni su tutto il territorio regionale
- Il follow-up personalizzato in relazione alla situazione clinica del paziente che preveda una collaborazione flessibile tra servizi specialistici e territoriali in relazione alle diverse fasi della malattia
- L'educazione dei pazienti e dei familiari (o dei cosiddetti *care givers*), compresa la capacità di autogestione di alcuni aspetti della terapia, ed il riconoscimento di segni e sintomi di instabilizzazione
- Il costante inquadramento del paziente all'interno della rete, che consentirà la più appropriata gestione diagnostico-terapeutica con ottimizzazione di esiti clinici e riduzione dei costi gestionali in relazione al variare dello stato della patologia

Articolo 3

Azioni del Piano regionale

La rete per lo SC cardiaco nella fase ospedaliera dovrà essere realizzata secondo il modello "Hub and Spoke", già applicato alla gestione delle sindromi coronariche acute. Tale modello prevede la presenza di differenti strutture: centri con maggiore dotazione tecnologica (Hub), che dovranno farsi carico dei pazienti che necessitano di trattamenti avanzati; centri con dotazioni di base (Spoke) che si faranno carico dei pazienti a minor complessità diagnostico-terapeutica, ricoverati direttamente o trasferiti dai centri Hub a stabilizzazione avvenuta.

Per garantire l'avvio della Rete dello SC secondo il Modello dell'Hub e Spoke è necessario prioritariamente istituire Presso l'Assessorato Regionale per la Salute d'intesa con il Gruppo di Lavoro Consensus della Regione Calabria che propone il seguente Piano Regionale, un Comitato Tecnico Regionale che dovrà garantire tutte le attività di supporto per la programmazione, la verifica e il controllo in merito allo stato di attuazione dei contenuti del presente piano:

- a. Istituire Comitati tecnici per la gestione dello scompenso cardiaco nelle Aziende Sanitarie della regione
- b. Individuare in ciascuna ASP e AO autonoma, una o più strutture di riferimento per la diagnosi e la cura dello SC
- c. Attivare almeno un Centro di riferimento regionale per il trattamento Chirurgico dello Scompenso Cardiaco refrattario alla terapia medica

1. Comitati Tecnici Aziendali

All'interno delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) e ospedaliere saranno costituiti dai direttori sanitari aziendali Comitati Tecnici Aziendali (CTA) che dovranno curare gli aspetti organizzativi e programmare le attività inerenti la gestione dei pazienti affetti da Scompenso Cardiaco. In caso di coesistenza di azienda ospedaliera e sanitaria nello stesso ambito territoriale si provvederà alla costituzione di un unico CTA di concerto tra i direttori sanitari aziendali.

I CTA saranno costituiti da:

- un Cardiologo ospedaliero
- un Internista o geriatra ospedaliero
- un Cardiologo ambulatoriale
- un Direttore dei Distretti Socio-Sanitari di Base
- un rappresentante dei medici di Pronto Soccorso
- un rappresentante dei medici di Medicina Generale
- due rappresentanti del personale infermieristico (uno ospedaliero e uno territoriale)
- un amministrativo con funzione di segretario

I componenti del CTA nomineranno tra i membri dello stesso un coordinatore in possesso di specifiche e documentate competenze nell'ambito dello scompenso cardiaco.

Il Comitato Tecnico Aziendale avrà compiti e funzioni programmatiche, di indirizzo e verifica secondo quanto riportato nel documento conclusivo della Consensus Conference, e che vengono di seguito elencati:

- a) *Promuovere l'organizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali dedicate allo Scompenso Cardiaco, favorire la formazione della rete ospedaliera, coinvolgere i MMG;*
- b) *Definire il Percorso diagnostico Terapeutico (PDT) del malato con SC all'interno dell'ASP/Distretto ed all'interno dell'ospedale, condiviso con tutte le figure professionali coinvolte a vario titolo nell'assistenza al paziente scompensato e comprendente:*
 - *L'individuazione degli accertamenti clinici e strumentali per la diagnosi di SC e la ricerca eziologica;*
 - *L'impostazione e l'ottimizzazione degli interventi terapeutici*
 - *L'individuazione dei fattori precipitanti, delle comorbilità e dei fattori di rischio*
 - *La stratificazione del rischio*
 - *Le indicazioni per il ricovero*
 - *Le modalità di follow-up*
- c) *applicare, così come previsto dal punto 2.4 "il percorso di cura" e 2.5 "continuità assistenziale e trasmissione delle informazioni" del documento conclusivo della Consensus Conference sullo SC quanto previsto per le modalità di continuità*

assistenziale ospedale-territorio, il ruolo del Medico di Assistenza Primaria e del Medico di Continuità Assistenziale, l'accesso agli ospedali, alle cure intermedie, all'assistenza domiciliare, ai servizi sociali.

- d) *Rilevare (punto 2.6 del Documento conclusivo della Consensus Conference sullo SC) gli:*
- *Indicatori di struttura:*
 - a. *disponibilità di PDT condivisi*
 - b. *monitoraggio dell'assistenza*
 - c. *presenza di un ambulatorio dedicato presso ogni struttura ospedaliera*
 - *Indicatori di processo:*
 - a. *Misurare e valutare la funzione sistolica ventricolare;*
 - b. *Percentuale di pazienti che utilizzano gli ACE-inibitori;*
 - c. *Percentuale di pazienti che utilizzano i beta bloccanti;*
 - d. *Percentuale di pazienti che utilizzano la terapia anticoagulante per la fibrillazione atriale;*
 - e. *Percentuale di pazienti che hanno ricevuto (assieme ai loro familiari), educazione sanitaria per la gestione della malattia.*
 - *Indicatori di esito:*
 - a. *Numero di ricoveri ripetuti;*
 - b. *Tasso di mortalità;*
 - c. *Valutazione della qualità di vita e soddisfazione dei pazienti*
- e) *monitorare sistematicamente tutte le componenti del percorso assistenziale dello scompenso cardiaco, con particolare riguardo alle criticità ed alle problematiche del sistema, proponendo dettagliatamente alla Direzione Generale Aziendale l'adozione di tutti gli atti finalizzati alla correzione delle criticità*
- f) *promuovere la crescita culturale e la comunicazione fra tutti i professionisti coinvolti attraverso il supporto e la consultazione reciproca, la condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici, in discussione interattiva per la soluzione dei problemi clinici, la gestione condivisa dei casi complessi, gli eventi formativi, il materiale didattico ed educativo, utilizzando ove possibile il sistema dell'e-learning e della teleconferenza (portale di telemedicina-teleconsulto "Comunità Sanitaria Regionale")*
- g) *promuovere l'utilizzo della telemedicina quale mezzo per aumentare il livello di interazione fra il territorio e le strutture di riferimento per lo scompenso cardiaco, riducendo la necessità di spostamento di pazienti spesso anziani e fragili.*
- h) *promuovere ed organizzare, d'intesa con il Comitato Tecnico Regionale, corsi di aggiornamento e formazione del personale medico, infermieristico e sociosanitario (ospedaliero e territoriale) finalizzati alla creazione di team multidisciplinari e multiprofessionali dedicati alla cura del malato con scompenso cardiaco.*

Il CTA, in tempi brevi (entro tre mesi dal suo insediamento) elaborerà un programma operativo e attuativo da sottoporre a validazione del gruppo di lavoro regionale individuato con decreto del 9 marzo 2010 n. 2577 e successive integrazioni, presso il dipartimento tutela della regionale alla Salute. Allo stesso organo regionale il CTA deve trasmettere una relazione semestrale sullo stato di attuazione del programma finalizzato al monitoraggio dell'attività stessa.

Il CTA resterà in carica per tre anni, rinnovabili.

I CTA dovranno essere costituiti entro 15 giorni dalla data di approvazione della delibera regionale.

Struttura Ospedaliera di riferimento.

In ottemperanza con quanto previsto dalla Consensus Conference al punto 2.2.1 “Organizzazione in ambito ospedaliero: la struttura ospedaliera”, le strutture che devono svolgere il ruolo di centro di riferimento per la diagnosi e la cura dello SC, possono essere di tre tipi:

1) Ambulatorio dedicato alla cura e dello Scompenso Cardiaco

Da istituire in tutti gli ospedali della rete. E' coordinato da un dirigente medico, preferibilmente uno specialista Cardiologo o Internista o Geriatra, con documentata esperienza e competenza nella diagnosi e cura dello Scompenso Cardiaco. L'ambulatorio deve essere dotato di personale medico ed infermieristico dedicato (anche se non esclusivo) adeguatamente formato. L'ambulatorio deve essere fornito delle tecnologie necessarie ed adeguate a garantire lo svolgimento delle attività di diagnosi e cura e che saranno individuate omogeneamente dal Comitato Tecnico Aziendale. L'ambulatorio dedicato, che deve assicurare la gestione multidisciplinare del paziente con scompenso cardiaco, costituisce il punto di riferimento per garantire la continuità assistenziale in collaborazione con i MMG e gli specialisti ambulatoriali territoriali, e per fornire supporto e collaborazione alla cura del paziente all'interno ed all'esterno della struttura ospedaliera fino alla presa in carico dei pazienti più complessi.

2) Centri per lo Scompenso Cardiaco collocati negli ospedali di riferimento delle singole aziende e aziende ospedaliere autonome che oltre agli ambulatori dovranno prevedere posti letto dedicati allo scompenso presso le U.O. di Cardiologia e/o Medicina Interna, Geriatria. In alcuni ospedali di alta specializzazione potranno essere istituite specifiche unità semplici e/o dipartimentali dedicate allo scompenso cardiaco.

Soggetto preposto al coordinamento

Il Gruppo di Lavoro Regionale, che dovrà garantire tutte le attività di supporto per la programmazione, la verifica e il controllo in merito allo stato di attuazione dei contenuti del presente piano dovrà in particolare provvedere a svolgere azioni di:

1. coordinamento e sorveglianza sulla sua piena attuazione
2. individuazione di eventuali e specifiche criticità che ne impediscono la piena realizzazione, relazionando in merito per la individuazione congiunta di specifiche azioni correttive
3. effettuazione di verifiche e valutazione sulle criticità individuate, sulle azioni avviate e sui risultati raggiunti