

Il paziente ad alto rischio cardiovascolare: dalla stratificazione del rischio alla gestione dello scompenso cardiaco.

La riorganizzazione dei percorsi dalla diagnosi appropriata alle nuove opportunità terapeutiche.

29 novembre 2017 – Grand Hotel Salerno

Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco. L'importanza della gestione territoriale.

Dott. Rocco Basile – Direttore Distretto 67
ASL Salerno



Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Il riordino della Rete Ospedaliera (DM 70) ed il riassetto delle Cure Primarie (Legge 189/2012 – Decreto Balduzzi) hanno determinato un cambiamento profondo e strutturale dell'assistenza e della cura dei pazienti nel Servizio Sanitario Nazionale.

Il riassetto delle Cure Primarie, con l'istituzione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e delle UCCP (Unità Complesse delle Cure primarie), ha significato affrontare il problema della cronicità, con la presa in carico del paziente secondo il Chronic Care Model ed il modello delle Reti Cliniche integrate e strutturate.

Il punto centrale dell'intero processo di riforma, è costituito dall'adozione dei *Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)*, come presa in carico della cronicità e come garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Riconoscimento Istituzionale

Due atti normativi:

- 1) **Piano Nazionale della Cronicità** (recepito dalla Conferenza Stato Regioni il 15 settembre 2016);
- 2) **Nuovo sistema di garanzia dei LEA** (DPCM del 12 gennaio 2017, pubblicato in G.U. il 18 marzo 2017).

Entrambi gli atti spostano la verifica dei LEA (in termini di accesso e di equità nelle Regioni) dalle singole prestazioni all'intero processo assistenziale (PDTA).

Piano Nazionale della Cronicità

Fa riferimento specifico ai PDTA delle seguenti patologie:

- Malattie renali croniche e insufficienza renale;
- Malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;
- Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di crohn;
- **Malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco);**
- Malattie neurodegenerative: malattia di parkinson e parkinsonismo;
- Malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica;
- Insufficienza respiratoria in età evolutiva;
- Asma in età evolutiva;
- Malattie endocrine in età evolutiva;
- Malattie renali croniche in età evolutiva.

Nuovo sistema di garanzia dei LEA

Fa riferimento ai seguenti PDTA:

- Diabete;
- BPCO;
- **Scompensamento cardiaco;**
- Carcinoma della mammella;
- Carcinoma del colon-retto.



Ad Ottobre 2017 risultano adottati dalle Regioni 299 PDTA, di cui 155 per le Malattie ad Elevato Impatto Sociale, e 144 per le Patologie Rare.

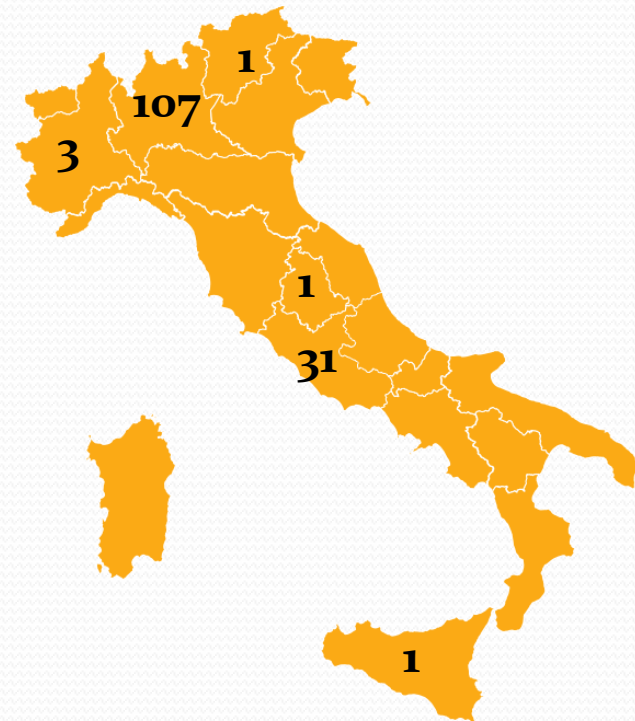
PDTA TOTALI 299

Patologie ad elevato
impatto sociale



PDTA 155

Patologie Rare



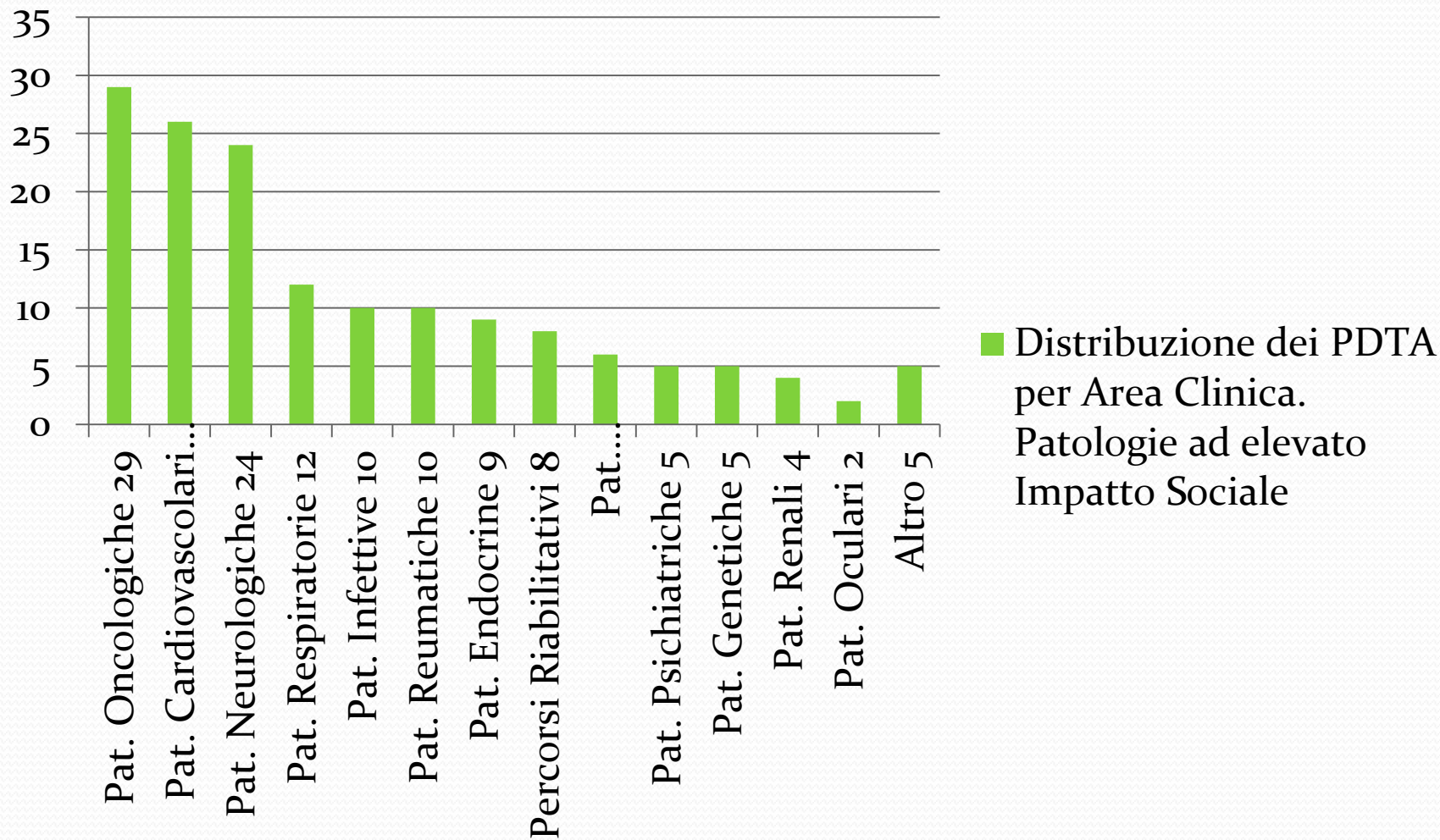
PDTA 144

Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Distribuzione dei PDTA ad elevato impatto sociale

- Patologie oncologiche 29
- **Patologie cardiovascolari** 26
- Patologie neurologiche 24
- Patologie respiratorie 12
- Patologie infettive 10
- Patologie reumatiche 10
- Patologie endocrine
- Percorsi riabilitativi 8
- Patologie gastrointestinali 6
- Patologie psichiatriche 5
- Patologie genetiche 5
- Patologie renali 4
- Patologie oculari 2
- Altro 5

Distribuzione dei PDTA per Area Clinica. Patologie ad elevato Impatto Sociale



Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Visto l'elevato numero di PDTA, si è reso necessario portare a sistema sia la conoscenza dei livelli informativi e organizzativi di ciascun percorso regionale, sia i livelli di assistenza e di salute prodotti dalle Aziende Sanitarie delle Regioni. Nasce così il **progetto PDTA Lab**, (realizzato da Core, Cineca e ISS, con il patrocinio della Conferenza Stato Regioni, Federsanità - Anci, Fiaso), con l'obiettivo di creare un contenitore unico dei PDTA approvati su tutto il territorio nazionale.



Si tratta di una piattaforma informatizzata in grado di rendere disponibili:

- 1) L'**accesso** ai PDTA regionali approvati;
- 2) L'**analisi** degli snodi assistenziali e degli indicatori di processo/esito messi in atto presso la singola regione;
- 3) La **valutazione comparativa** dei modelli assistenziali mediante i real-world data.

Nella **Regione Campania** è stato adottato ad oggi il PDTA relativo alla BPCO, mentre sono in fase di implementazione, previsti dal Piano Regionale della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018, i PDTA relativi a:

- Diabete e sue complicanze
- **Scompenso cardiaco**
- Ipertensione essenziale
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
- Nefropatie croniche
- Demenza
- Dolore cronico.

In ottemperanza alle direttive nazionali e regionali, l'ASL Salerno ha previsto *nell'Atto Aziendale*, approvato con del. 260 del 14/03/2017, l'attivazione prioritaria dei PDTA relativi alle seguenti condizioni croniche:

- ***Diabete***
- ***Piede diabetico ed ulcere cutanee***
- ***BPCO***
- ***Scompenso cardiaco ed ipertensione***
- ***Nefropatie***
- ***Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)***
- ***Demenze***

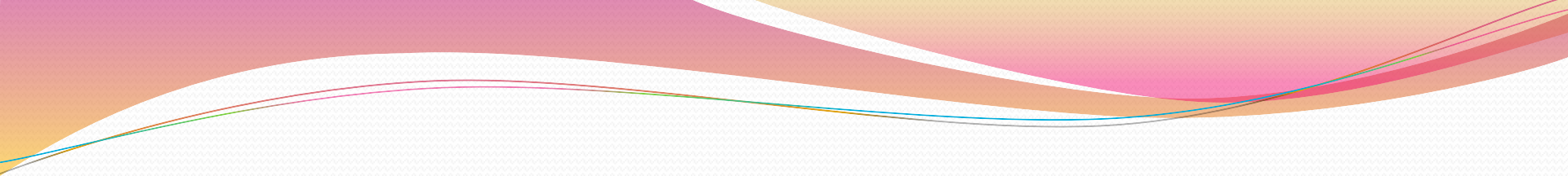
Attualmente non è stata ancora data una definizione ufficiale del PDTA da parte del Ministero della Salute.

Sono state date definizioni da varie Associazioni Scientifiche quali:

- **EPA** (European Pathway Association)
- **FIASO** (Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere)
- **GIMBE** (Fondazione di Diritto Privato)
- **ARRES** (Agenzia Regionale dei Servizi Sanitari del Piemonte)
- **Università Bocconi**

Delle varie definizioni ritengo che la più idonea sia quella del **GIMBE** che recita:

“Il percorso (o profilo) di cura, il percorso diagnostico-terapeutico, il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) sono sinonimi. Il PDTA costituisce lo *strumento finalizzato all'implementazione delle linee guida e risulta dall'integrazione di due componenti: le raccomandazioni cliniche delle linee guida di riferimento (LG) e gli elementi di contesto locale (CL) in grado di condizionarne l'applicazione con una semplice formula: **PA = LG + CL**”.*



Tale definizione fa sì che sia possibile attuare l'implementazione di un PDTA con le risorse attualmente a disposizione in tutti i Distretti, compreso il nostro, classificato come Distretto di medie dimensioni, con una popolazione compresa tra 70.000 e 90.000.

Ricordiamo, a questo proposito, che l'Atto Aziendale di questa ASL classifica i suoi Distretti in questo modo:

- **DS 66** - popolazione >140.000 abitanti
- Distretti di **grandi dimensioni** – popolazione compresa tra 90.000 e 140.000 (DS 60, 61, 63,64, 70)
- Distretti di **medie dimensioni** – popolazione tra 70.000 e 90.000 abitanti (DS 62, 65, 67, 68)
- Distretti di **piccole dimensioni** – popolazione <70.000 abitanti (69, 71, 72).

Distretto 67 – Mercato San Severino

Estensione territoriale: 117,84 Km² – Densità abitativa: 595,78ab/Km²

Comune	0-14	15-64	>65	Totale	Ind. Vecchiaia	Ind.Dip. Anziani	Ind.Dip. Strutturale
Mercato S. Sev.	3.455	14.981	3.886	22.322	112,5%	25,9%	49,0%
Baronissi	2.474	11.619	2.910	17.003	117,6%	25,0%	46,3%
Bracigliano	886	3.861	818	5.565	92,3%	21,2%	44,1%
Calvanico	221	1.032	265	1.518	119,9%	25,7%	47,1%
Fisciano	2.025	9.445	2.350	13.820	116,0%	24,9%	46,3%
Siano	1.504	6.815	1.660	9.979	110,4%	24,4%	46,4%
Tot. Distretto	10.565	47.753	11.889	70.207	112,5%	24,9%	47,0%

Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

- **Indice di vecchiaia** – Rapporto tra la popolazione >65 anni e la popolazione 0-14 anni moltiplicato per 100

$$\text{I.V.} = (\text{Pop} > 65 / \text{Pop } 0-14) * 100$$

- **Indice di dipendenza strutturale** – Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e >65) e la popolazione in età attiva (15-64 anni) moltiplicato per 100

$$\text{I.D.S.} = (\text{Pop } > 65 + \text{Pop } 0-14) * 100$$

- **Indice di dipendenza strutturale degli anziani** – Rapporto tra la popolazione >65 e la popolazione in età attiva (15-64 anni) moltiplicato per 100

$$\text{I.D.S.A.} = \text{Pop } > 65 / \text{Pop } 15-64 * 100$$

- In **Italia** l'Indice di vecchiaia è pari al 131,38%
 - Italia nord-occidentale 157,56%
 - Italia nord orientale 157,00%
 - Italia centrale 157,32%
 - Italia meridionale 93,87%

- **Campania** 76,92%
 - ✓ Prov. Napoli 64,58%
 - ✓ Prov. Caserta 69,67%



Nel Distretto 67, come in gran parte dell'ASL Salerno, c'è un alto indice di vecchiaia, in controtendenza rispetto alla Regione Campania ed alle Province di Napoli e Caserta

- Lo scompenso cardiaco (SC) è una sindrome cronica a significativo impatto clinico e sociale a causa dell'elevata morbilità e mortalità.

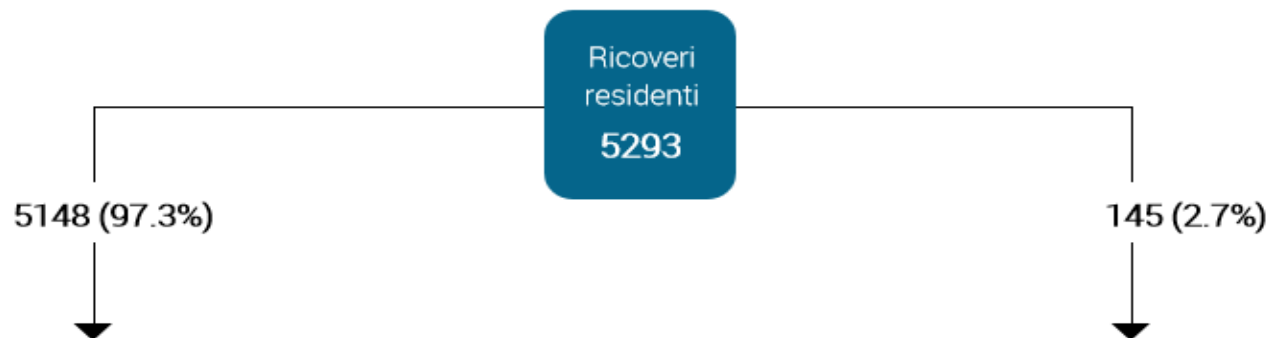
In Italia ha **un'alta prevalenza** (0,3- 2% della popolazione adulta) ed un'**elevata incidenza** (01 – 0,2%) con circa 87.000 nuovi casi diagnosticati all'anno.

La prevalenza è maggiore dopo i 65 anni (1/1000 prima dei 65 anni sia per gli uomini che per le donne, dopo i 65 anni è di 40/1000 per gli uomini e 30/1000 per le donne).

- In base ai dati precedentemente esposti, nel nostro Distretto dovremmo avere n. **416** pazienti >65 con scompenso cardiaco e **58** pazienti <65 con scompenso (che hanno avuto almeno un ricovero con diagnosi di scompenso), per un totale di **474** pazienti.
- In base a quanto comunicato dai Medici di Medicina generale, vengono seguiti **762** pazienti con scompenso cardiaco, includendo in questa cifra anche coloro che non hanno avuto ricoveri con tale diagnosi, ma che sono in una fase di labile compenso.

Scompenso cardiaco Scompenso cardiaco totale

ASL Salerno 01-01-2015 - 31-12-2015



Ricoveri in strutture della stessa regione

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	Volume*
Altre strutture		2,455	46.4	-
A.O.U.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi	Salerno	610	11.5	641
Osp. S. Arsenio	Polla	533	10.1	569
Osp. S. Luca	Vallo Della Lucania	486	9.2	505
CCA Tortorella SPA	Salerno	388	7.3	407
Osp. Martiri di Villa Malta	Sarno	349	6.6	595
Osp. Maria S.S. Addolorata	Eboli	327	6.2	342

Ricoveri in strutture di altre regioni

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	Volume*
Altre strutture		145	2.7	-

*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio

Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Scompenso cardiaco Scompenso cardiaco congestizio

ASL Salerno 01-01-2015 - 31-12-2015

Ricoveri
residenti
3600

3504 (97.3%)

96 (2.7%)

Ricoveri in strutture della stessa regione

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	Volume*
Altre strutture		1,030	28.6	-
Osp. S. Arsenio	Polla	402	11.2	435
A.O.U.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi	Salerno	363	10.1	372
Osp. Martiri di Villa Malta	Sarno	347	9.6	589
Osp. S. Luca	Vallo Della Lucania	337	9.4	348
Osp. di Roccadaspide	Roccadaspide	236	6.6	241
Osp. Umberto I	Nocera Inferiore	235	6.5	261
A.O.U.U. Amico G. Fucito	Mercato San Severino	188	5.2	200
CCA Malzoni	Agropoli	184	5.1	190
Osp. Maria S.S. Addolorata	Eboli	182	5.1	190

Ricoveri in strutture di altre regioni

Struttura di Ricovero	Comune	Ricoveri	% Ricoveri	Volume*
Altre strutture		96	2.7	-

*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio

Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale



Facendo le dovute proporzioni, dall'esame delle diapositive precedenti, risulta che, nell'anno 2015:

- hanno avuto un ricovero in cui è stato diagnosticato uno scompenso cardiaco, n. **336** assistiti residenti nel nostro Distretto
- Hanno avuto un ricovero per scompenso cardiaco congestizio **228** assistiti residenti nel nostro Distretto.

Fattori di rischio di Scompenso Cardiaco Cronico

1. Cardiopatia ischemica (62%)
2. Fumo di sigaretta (16%)
3. Ipertensione arteriosa (10%)
4. Obesità (8%)
5. Diabete mellito (3%)
6. Valvulopatie (2%)
7. Altro (1%)



Sotto la voce **Altro** cause più rare e meno rappresentate

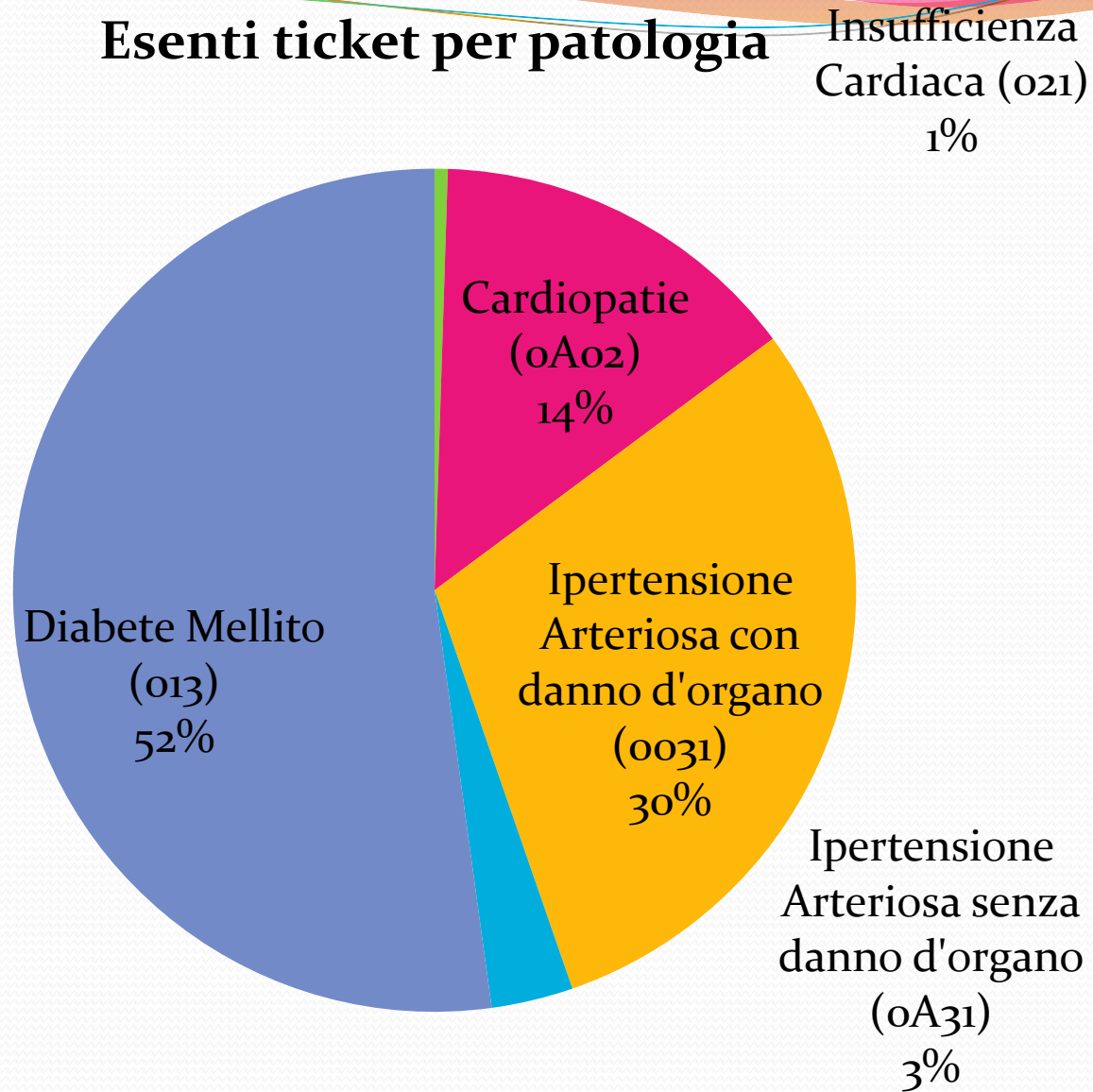
- Miocardite da malattia infiammatoria o virale
- Disordini tiroidei
- Deficit di tiamina (Beriberi)
- Anemia e Morbo di Paget (scompenso ad alta gittata)
- Cardiomiopatie ereditarie (Malattia di Fabry, Distrofia di Duchenne, Distrofia miotonica)
- Agenti cardiotossici (Chemioterapici e Alcool)
- Displasia ventricolare destra aritmogena e Anomalia di Uhl (Cuore a pergamena)

Da un'analisi dei dati in nostro possesso, al 30 settembre 2017, risulta che:

- ❖ Sono in carico ai MMG **57.939** utenti, di cui **11.931** sono >65
- ❖ Dai reports trimestrali presentati dai MMG
- ✓ **3.671** sono affetti da Diabete Mellito
- ✓ **13.635** sono affetti da Ipertensione Arteriosa
- ✓ **5.164** sono affetti da Patologie dell'Apparato Respiratorio (almeno una volta hanno presentato una patologia respiratoria)
- ❖ Dai dati risultanti dai MMG sono assistiti n. **762** pazienti con scompenso cardiaco

- ❖ Esenti ticket per Insufficienza Cardiaca (III e IV Classe NYHA) **37** (codice 021)
- ❖ Esenti ticket per Cardiopatie **1.055** (codice 0A02)
- ❖ Esenti ticket per Ipertensione Arteriosa senza danno d'organo **231** (codice 0A31)
- ❖ Esenti ticket per Ipertensione Arteriosa con danno d'organo **2.200** (codice 0031)
- ❖ Esenti ticket per Diabete Mellito **3.842** (codice 013)

Esenti ticket per patologia



Sfida alle cronicità: lo scempenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Il basso numero di esenzioni per Insufficienza Cardiaca è legato prevalentemente a *due fattori*:

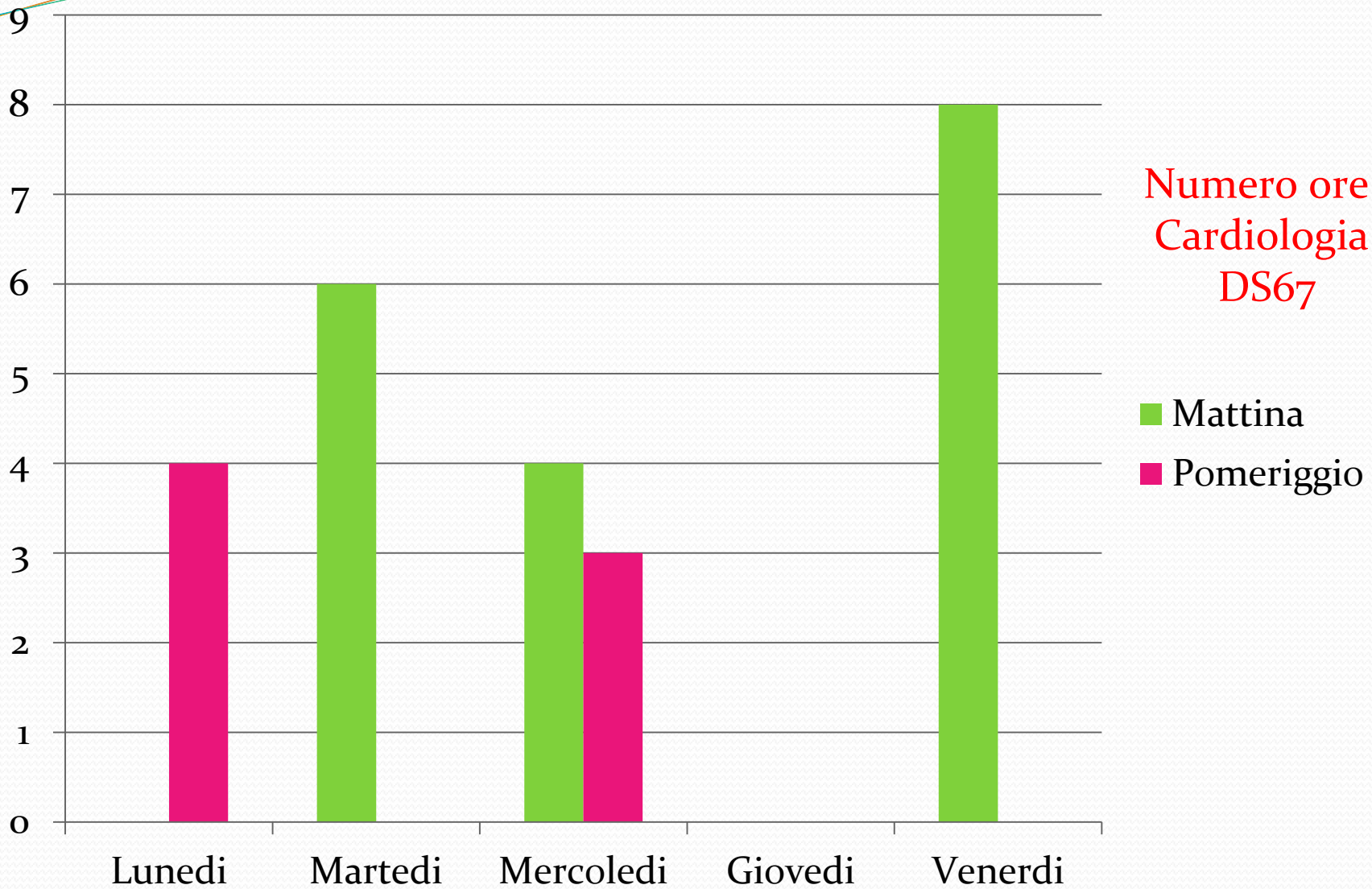
- 1) Sono pazienti **Ipertesi** con danno d'organo e/o **Diabetici** e pertanto usufruiscono dei codici di esenzione per queste patologie (codici 0031 e 013) che danno diritto alle medesime prestazioni previste per l'insufficienza cardiaca;
- 2) Sono pazienti riconosciuti **Invalidi Civili** ed usufruiscono del codice relativo (Co1, o Co2, o Co3) che consente loro di usufruire di tutte le prestazioni ritenute necessarie dal Medico di Medicina Generale.

Alle prestazioni precedentemente erogate, i nuovi LEA hanno aggiunto:

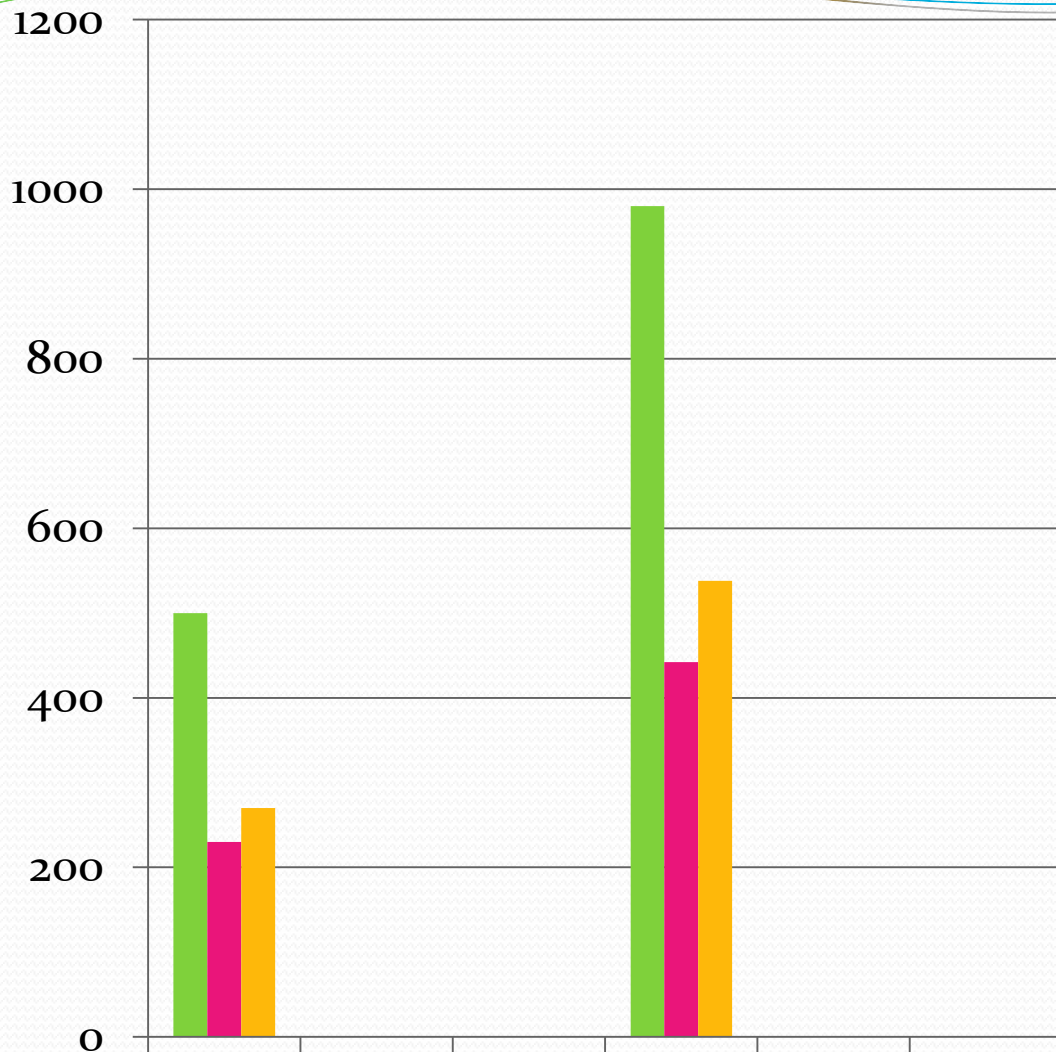
- **L'Ecocolordopplergrafia cardiaca (cod. 88.72.3)** a riposo o dopo prova fisica o dopo prova farmacologica;
- **La rieducazione motoria cardio-respiratoria individuale (cod. 93.18)** relativa alle funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio, per seduta di trenta minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute.

Dati di attività Ambulatori di Cardiologia DS 67 nei primi 9 mesi del 2017 rivolte a soggetti >50 anni.

- Numero totale di ore settimanali di cardiologia 25
- Visite totali 500 (DS67 433 altri 67)
- Maschi 230
- Femmine 270
- Maggiore incidenza nei mesi di maggio, settembre, marzo (cambio di temperature)
- D. Cardiopatia ipertensiva 122 (24,4%)
- D. Ipertensione arteriosa 274 (54,8%)
- D. Cardiopatia ischemica 104 (20,8%)



Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale



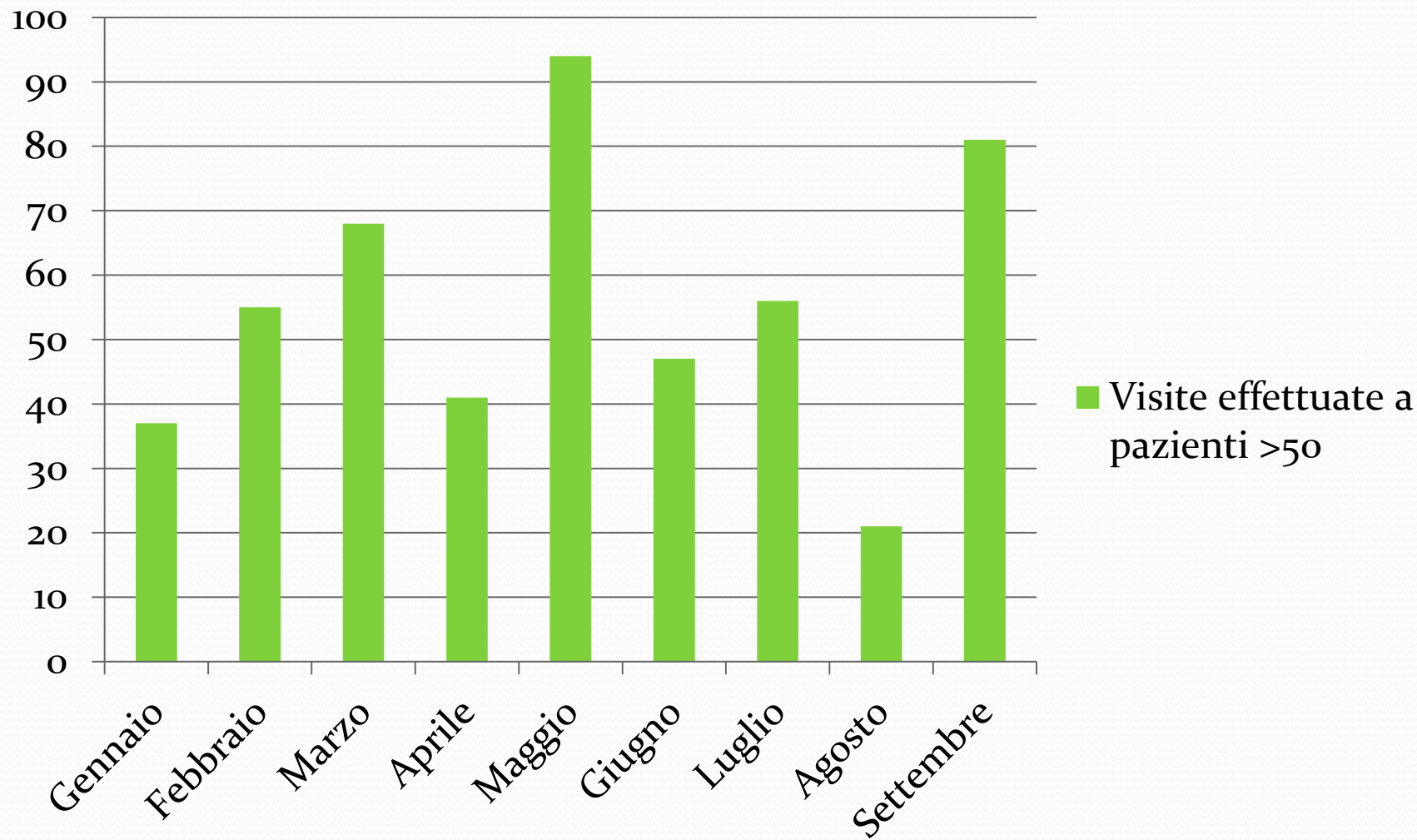
Numero Visite effettuate a Pazienti >55

- vis. Totali
- Maschi
- Femmine

Vis. Card. Primi 9 mesi a pazienti >55 al 31 dicembre 2017

Sfida alle cronicità: lo scempenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

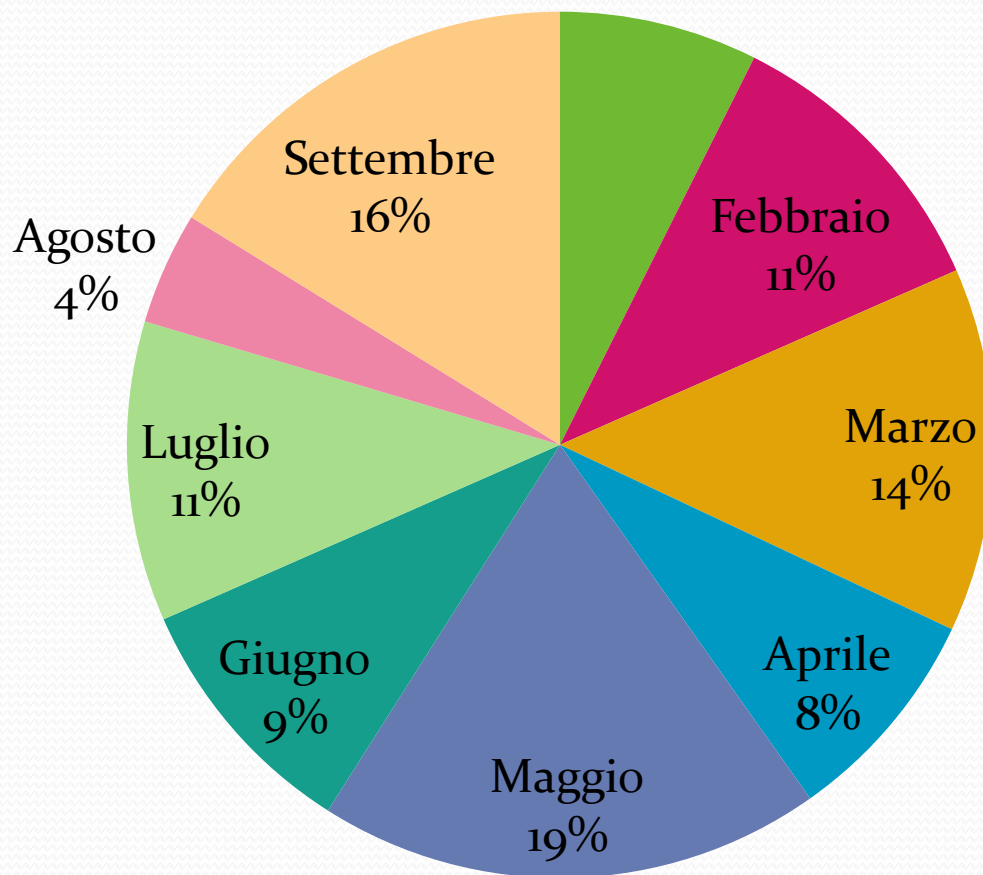
Visite effettuate a pazienti >50



Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

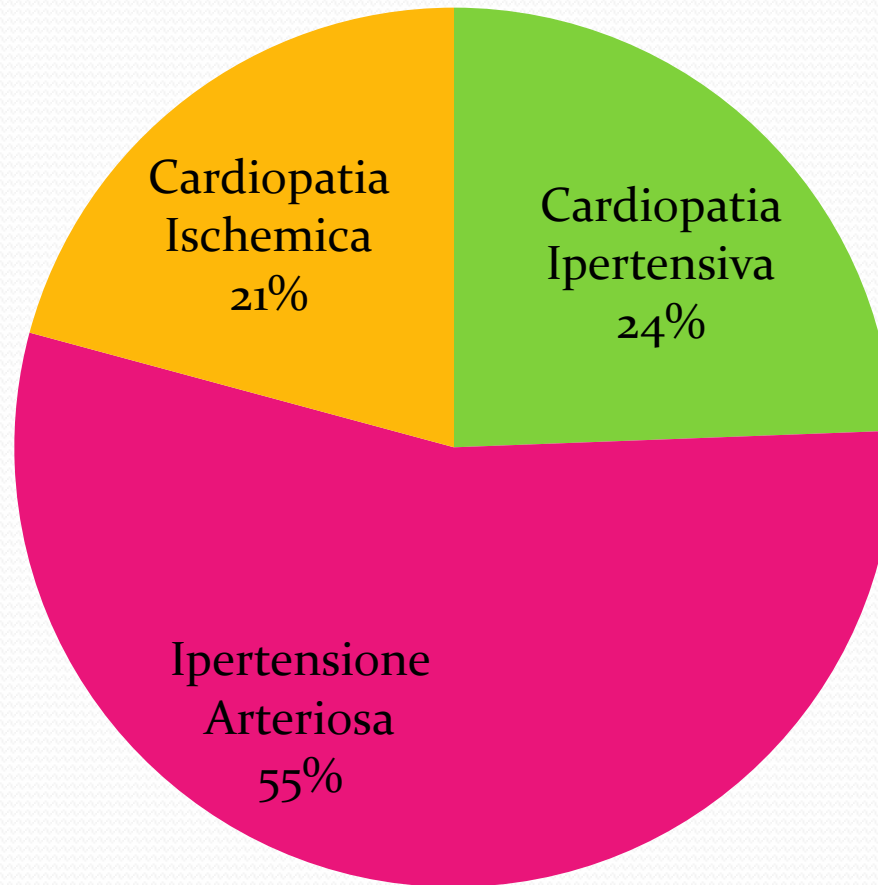
Visite effettuate a pazienti >50

Gennaio
8%



Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Diagnosi %

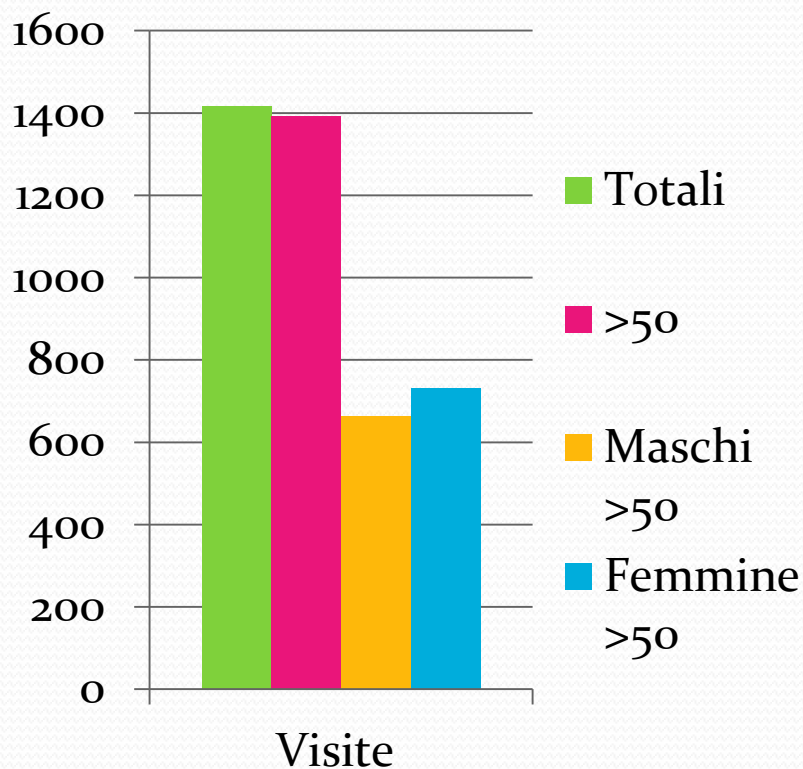


Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

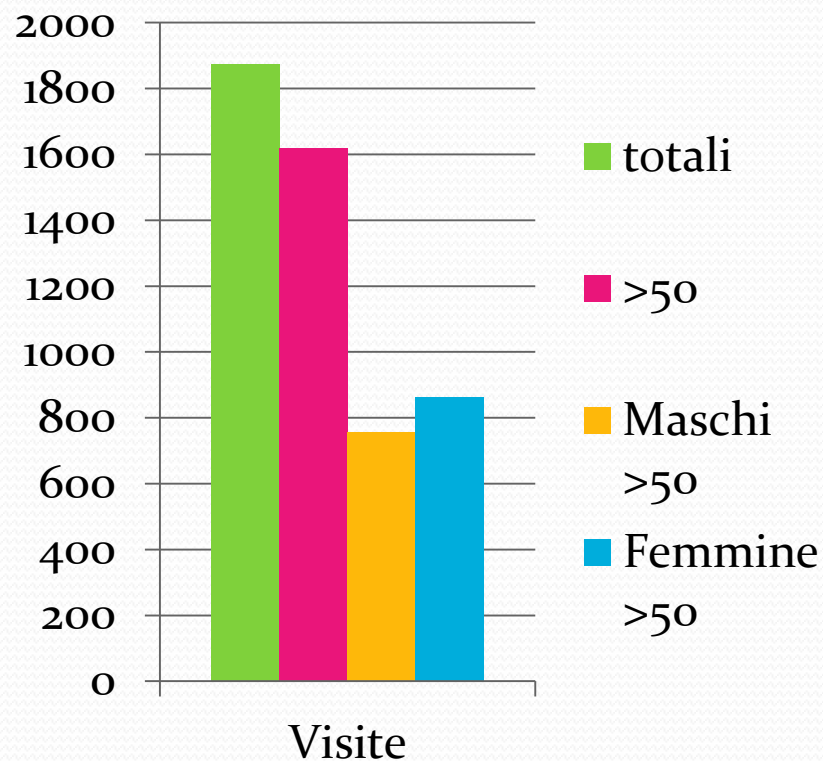
Nel Distretto 67 è presente un **Centro Accreditato di cardiologia** che eroga prestazioni cardiologiche e vascolari. Questo centro *nel 2016* ha portato all'incasso **1416** ricette con varie prescrizioni, di queste 1392 erano intestate a >50 (662 maschi e 730 femmine) e *nel 2017 (al 30 settembre sono stati raggiunti i tetti di spesa)*, **1872** ricette di cui 1618 intestate a >50 (755 maschi e 861 femmine). Non avendo accesso ai referti cardiologici rilasciati, possiamo esaminare solo le ricette con le diagnosi o i quesiti diagnostici dei Medici di Medicina Generale. Dall'esame di questa ricette è risultato che il maggior numero di accessi è legato all'**ipertensione arteriosa**, seguita da **aritmie** e **cardiopatie ischemiche**, altre diagnosi rappresentano in totale il 41%.

Prestazioni Centro Cardiologico Accreditato

Anno 2016

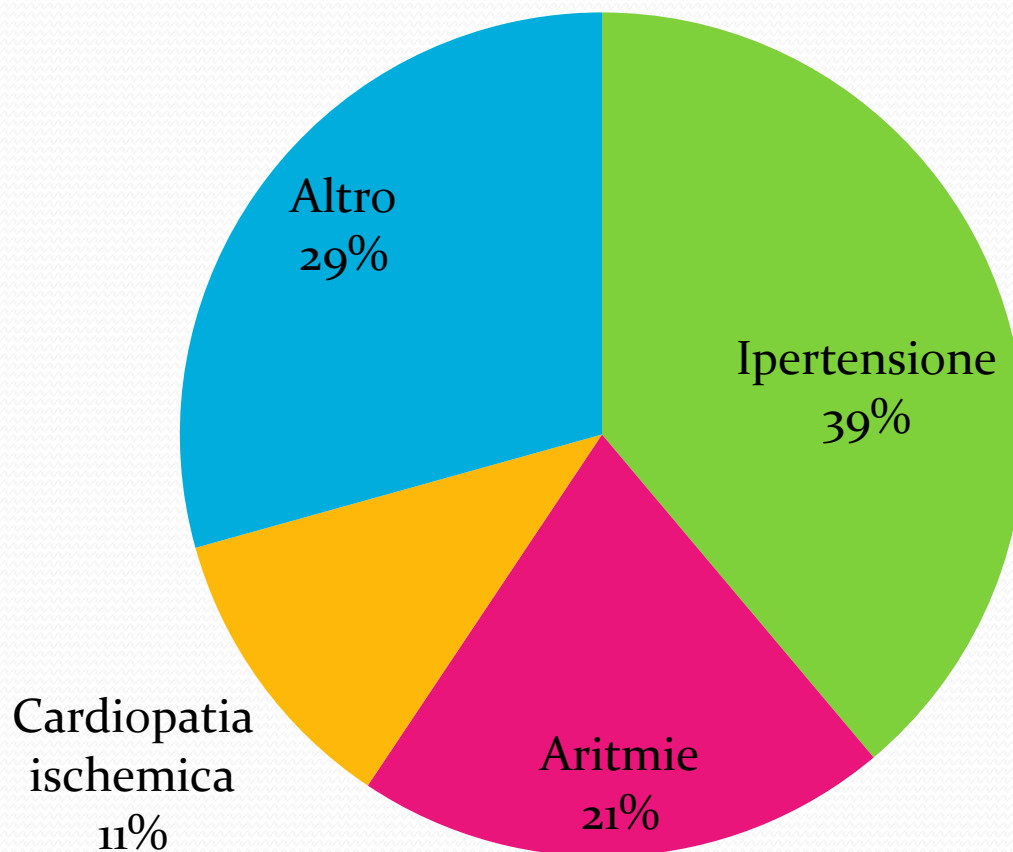


Anno 2017



Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

% Diagnosi di accesso Centro Accreditato di Cardiologia



Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

L'Ipertensione Arteriosa, quindi, rappresenta la maggiore indicazione per le prestazioni cardiologiche, e, dai dati degli ambulatori distrettuali, è anche la patologia più frequentemente diagnosticata.

L'attenzione, pertanto deve essere massima per prevenire l'insorgenza di tale patologia, e, nel caso di sua insorgenza, per prevenirne le complicanze.

Favorire corretta alimentazione per prevenire obesità e dislipidemie



NO



SI

Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Rimozione Fattori di Rischio



STOP al FUMO

Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Rimozione Fattori di Rischio



STOP alla Vita Sedentaria



**Promozione Attività Fisica
Aerobica ad ogni età**

Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale



Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Situazione attuale DS 67 per Matrice clinico-assistenziale

Risorse	Attività in corso	Azione da implementare
47 MMG - 8 Associazioni, di cui 4 in rete e 2 di gruppo	Progetto diabete e progetto ipertensione	AFT/UCCP
8 PLS – 1 Associazione	Educazione alimentare	AFT
3 Spec. Amb. Cardiologia – 25 ore settimanali	Visite, ECG, Ecocardiografia, Terapia	Aumento ore specialistica, Ambulatorio dedicato
Centro Diabetologico Distrettuale	Diagnosi e terapia, prevenzione complicanze	
Cure Domiciliari	Terapie domiciliari, controllo parametri	
Ospedale Fucito		Accordi da prendere
Centro Convenzionato Cardiologia	Visite, ECG, Ecocardiografia, Ecocolordoppler	Accordi da prendere

Distribuzione territoriale in Italia 5 PDTA per lo Scompenso



Sfida alle cronicità: lo scompenso cardiaco.
L'importanza della gestione territoriale

Conclusioni

Solo un lavoro sinergico di gruppo, tra i vari attori della matrice clinico-assistenziale, può generare un PDTA Distrettuale, tenendo presente i 5 PDTA attualmente in essere e applicando la formula:

PDTA o Piano Assistenziale = Linee Guida (LG) + Contesto Locale (CL)

Nel ringraziare per l'Attenzione, un ringraziamento particolare va ai Dirigenti Medici, agli Infermieri Professionali, ai Medici di Medicina Generale ed agli Specialisti Ambulatoriali Cardiologi che hanno collaborato alla realizzazione di queste slide.