

Bologna 8 - 10 Giugno 2017

**CONFERENZA NAZIONALE
CURE DOMICILIARI
E PIANO DELLE
CRONICITÀ**

XV CONGRESSO NAZIONALE



CARD

Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto

*Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali*

Il ruolo del territorio nella gestione dello scompenso cardiaco

Luisa Selis

ATS Sardegna - ASSL 2 Olbia

Venerdì 9 giugno 2017

DEFINIZIONE

“sindrome clinica complessa causata da qualsiasi disordine strutturale o funzionale che alteri la capacità contrattile e di rilassamento dei ventricoli”



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

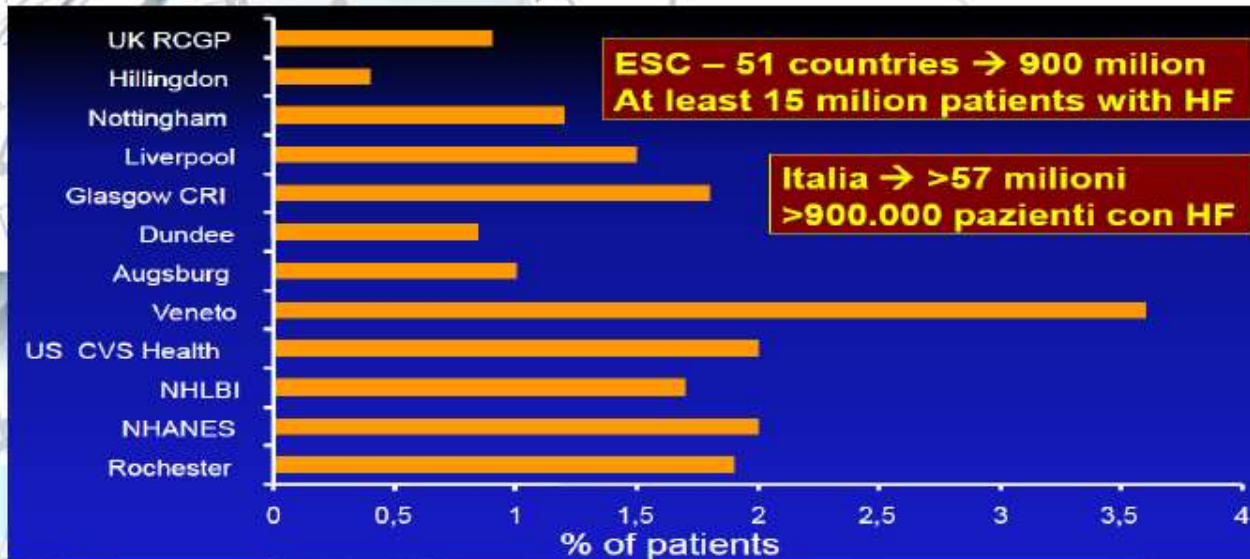
ESC 2016

HF is a clinical syndrome characterized by typical symptoms (e.g. breathlessness, ankle swelling and fatigue) that may be accompanied by signs (e.g. elevated jugular venous pressure, pulmonary crackles and peripheral oedema) caused by a structural and/or functional cardiac abnormality, resulting in a reduced cardiac output and/or elevated intracardiac pressures at rest or during stress.

INQUADRIAMO IL CONTESTO



EPIDEMIOLOGIA



IN ITALIA

- Prevalenza: 2% della popolazione generale – 6-9% oltre 75 aa)
- 87,000 nuovi casi/anno
- 200.000 ricoveri ospedalieri/anno
- 1/3 vengono riospedalizzati entro 4 mesi
- Degenza lunga 8,5-9 giorni al 2011

Distribuzione in base alla classe NYHA



EPIDEMIOLOGIA (SARDEGNA)



- Sardegna: 1.660.000 abitanti
- Distretto Olbia-Tempio:
 - 160.000 residenti
 - (al 1° gennaio 2016, ISTAT)
- 3,5% della popolazione >65 aa
- 40.000 giornate di degenza
- Media 8,3 giorni
- 18.000.000 euro di spesa
- 2/3 per degenza ospedaliera
- 3% della spesa complessiva

PREVALENZA

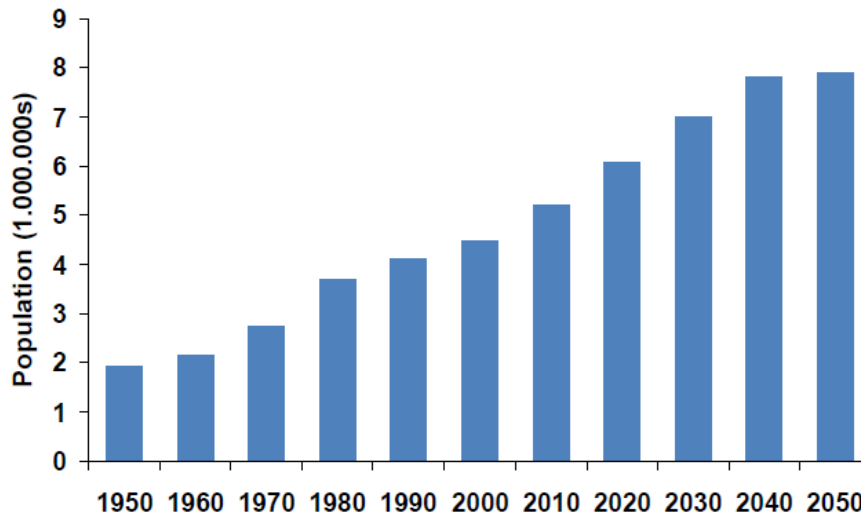
Effetto dell'invecchiamento della popolazione



Sopravvivenza
cardiopatici cronici



Sopravvivenza
ad eventi acuti



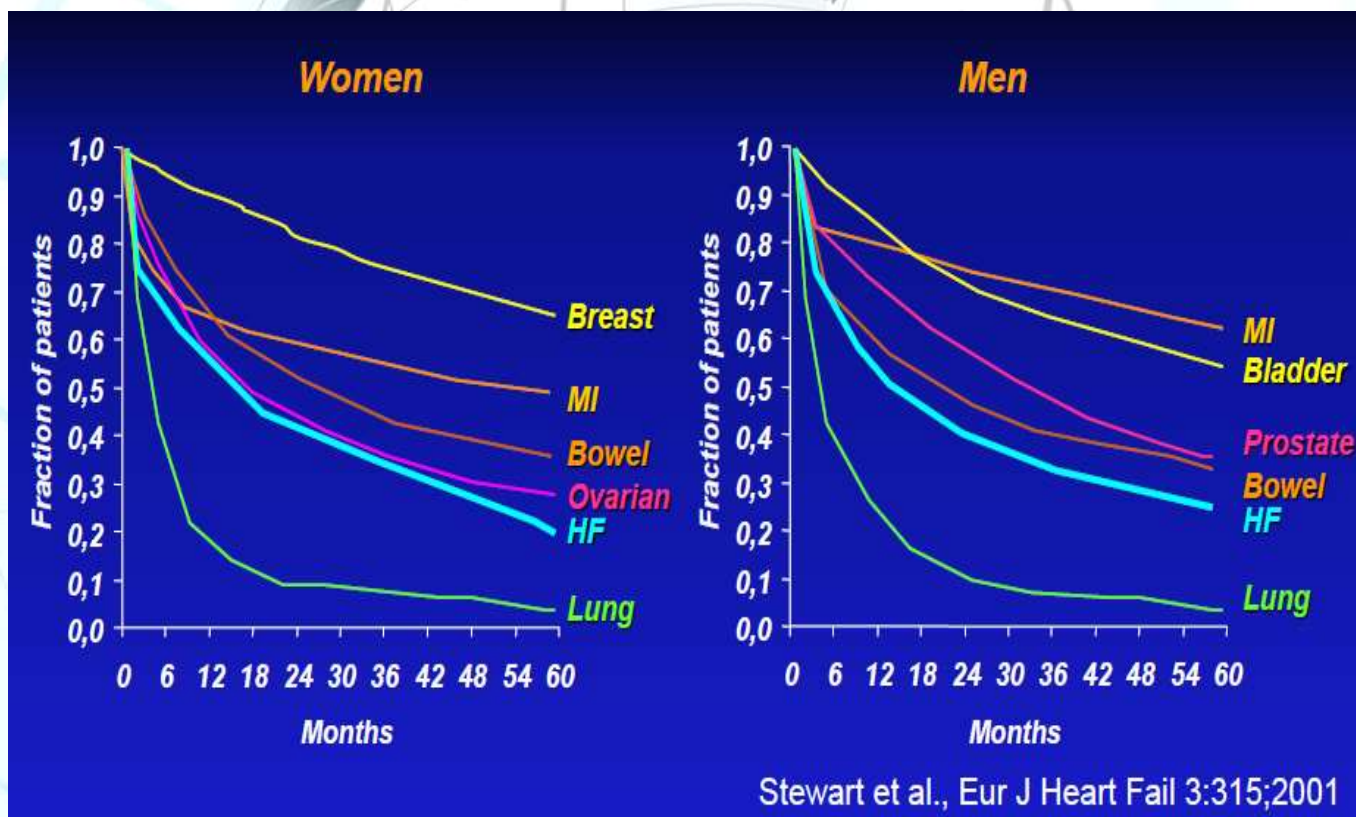
data from U.S. Bureau of the Census Data and Projections in Bristow MR Management of heart failure Edt

PROGNOSI

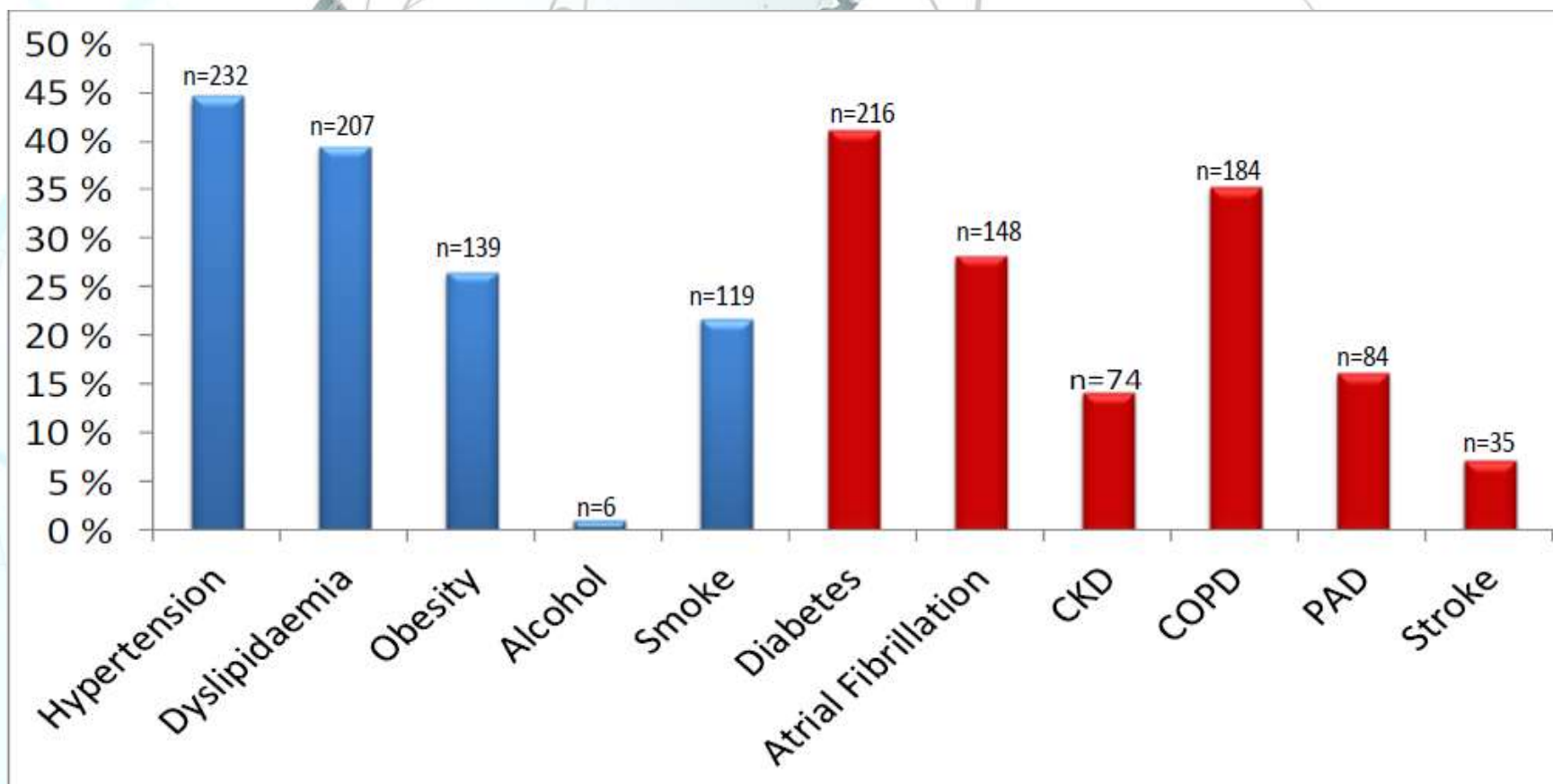
SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI DOPO il PRIMO RICOVERO: PIU' LETALE DEL CANCRO!

Nelle patologie tumorali: almeno il 50%

Scompenso cardiaco: 25% nei maschi, 38% femmine (dati Framingham)



Fattori di rischio cardiovascolare e commorbidità nei pazienti con SC e EF<45%



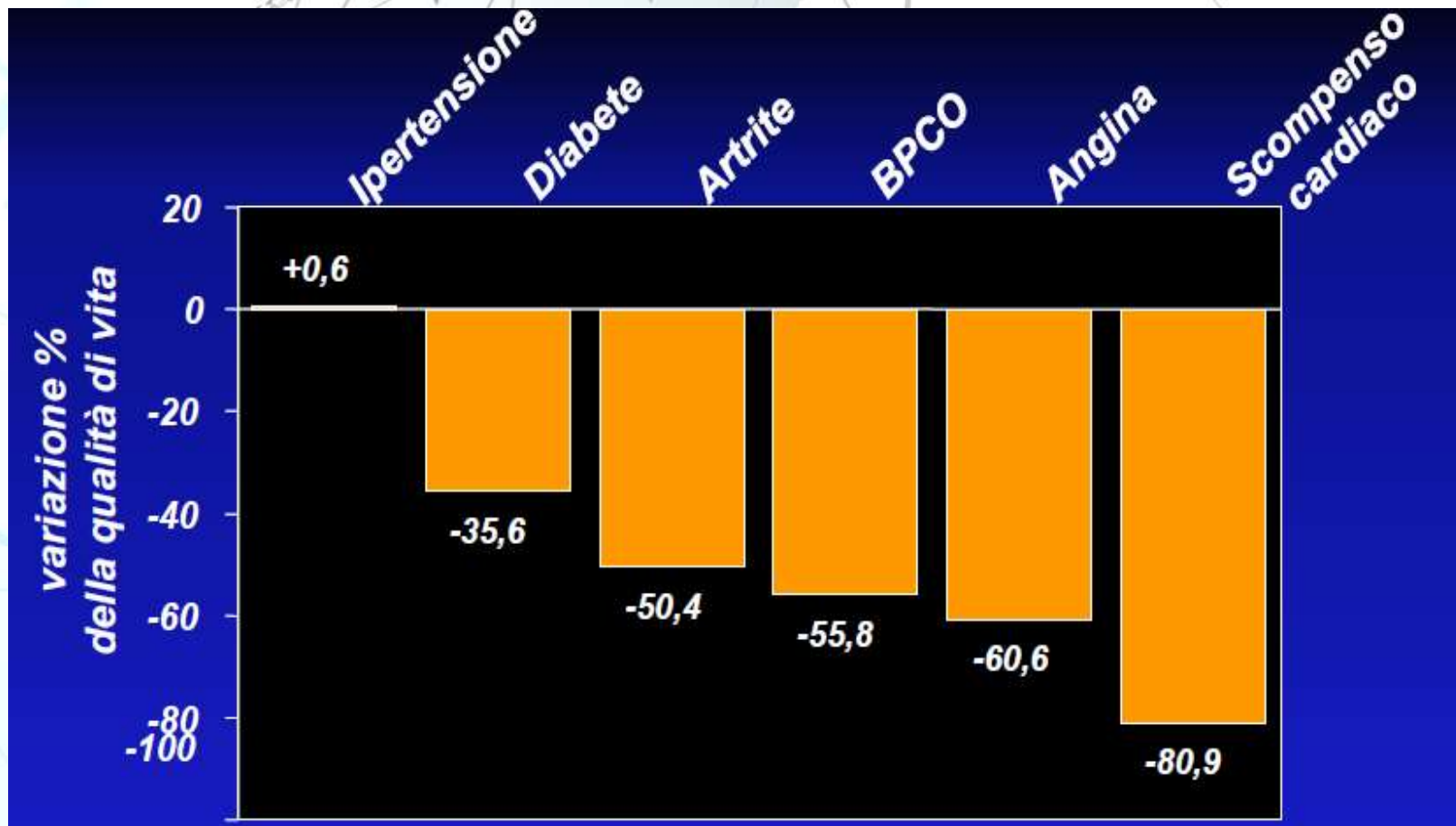
Guarnaccia et al, J Cardiovasc Med 2014

Studio SHAPE: la percezione del problema

- **L'86% dei cittadini intervistati ha sentito parlare di scompenso cardiaco, ma la gran parte non sa di cosa si tratti:**
 - *solo il 3% è in grado di riconoscere i sintomi dello scompenso, rispetto al 51% in grado di individuare quelli dell'ictus e al 31% in grado di identificare l'angina*
- **Il 34% dei cittadini europei crede che lo scompenso cardiaco sia un'inevitabile conseguenza del processo di invecchiamento**
- **Solo il 29% dei cittadini ritiene che lo scompenso cardiaco sia malattia grave**
- **Il 67% dei cittadini europei ritiene erroneamente che AIDS e cancro provochino più morti dello scompenso cardiaco**

Remme NJ, Eur Heart J 2005; 26: 2413-21

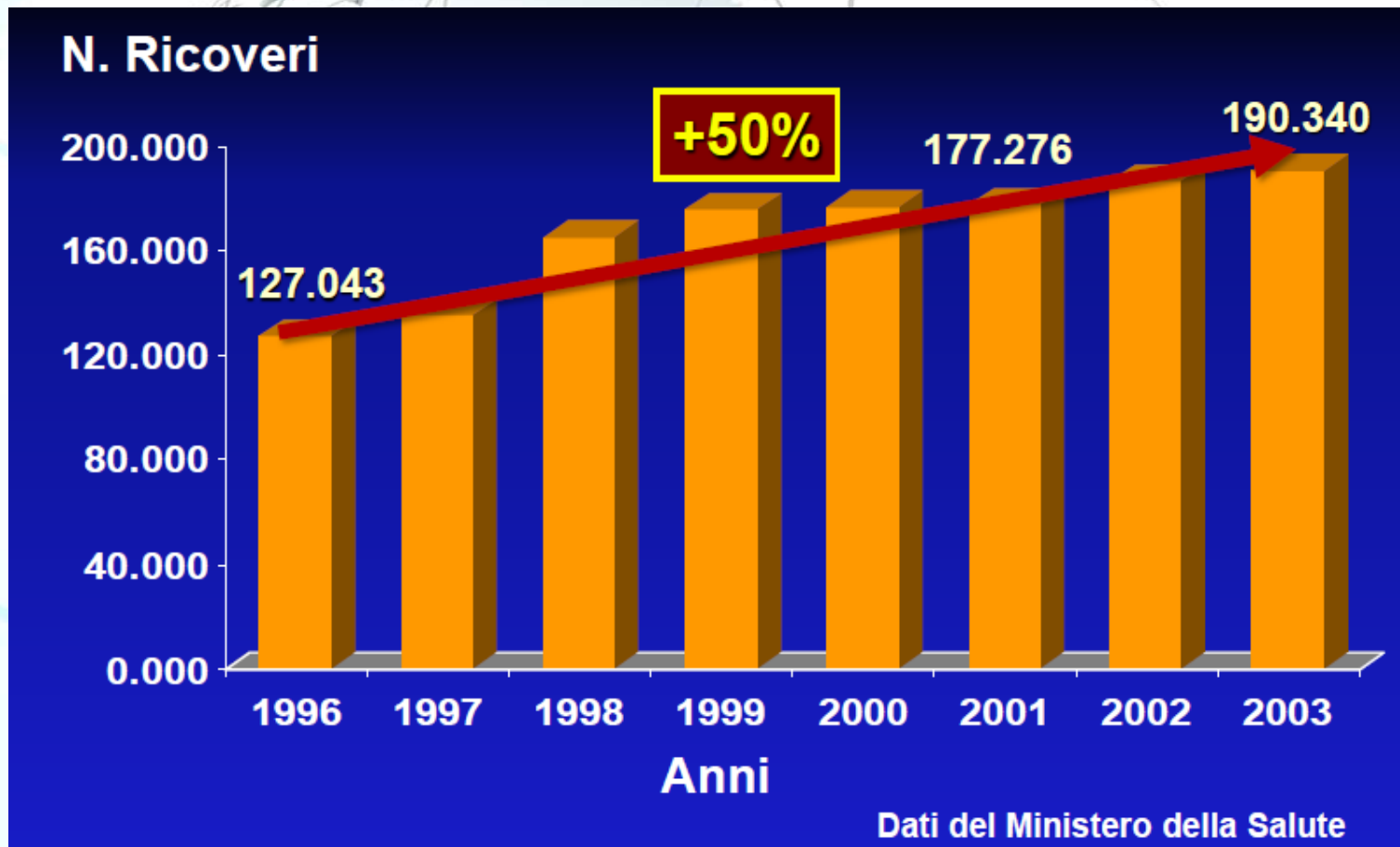
SCOMPENSO CARDIACO E QUALITA' DI VITA



Consensus conference Modelli Gestionali HF

Bologna 8 - 10 Giugno 2017
CONFERENZA NAZIONALE
CURE DOMICILIARI
E PIANO DELLE
CRONICITÀ

RICOVERI PER SCOMPENSO CARDIACO IN ITALIA



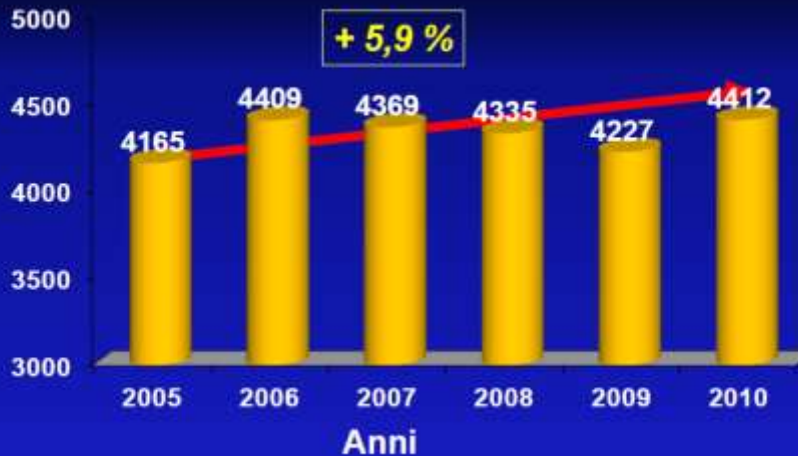
Consensus conference Modelli Gestionali HF

Bologna 8 - 10 Giugno 2017
CONFERENZA NAZIONALE
CURE DOMICILIARI
E PIANO DELLE
CRONICITÀ

Ricoveri per SC in Sardegna: DRG 127

Diagnosi principale

N. Ricoveri



Dati dell'Osservatorio Epidemiologico, Regione Autonoma della Sardegna

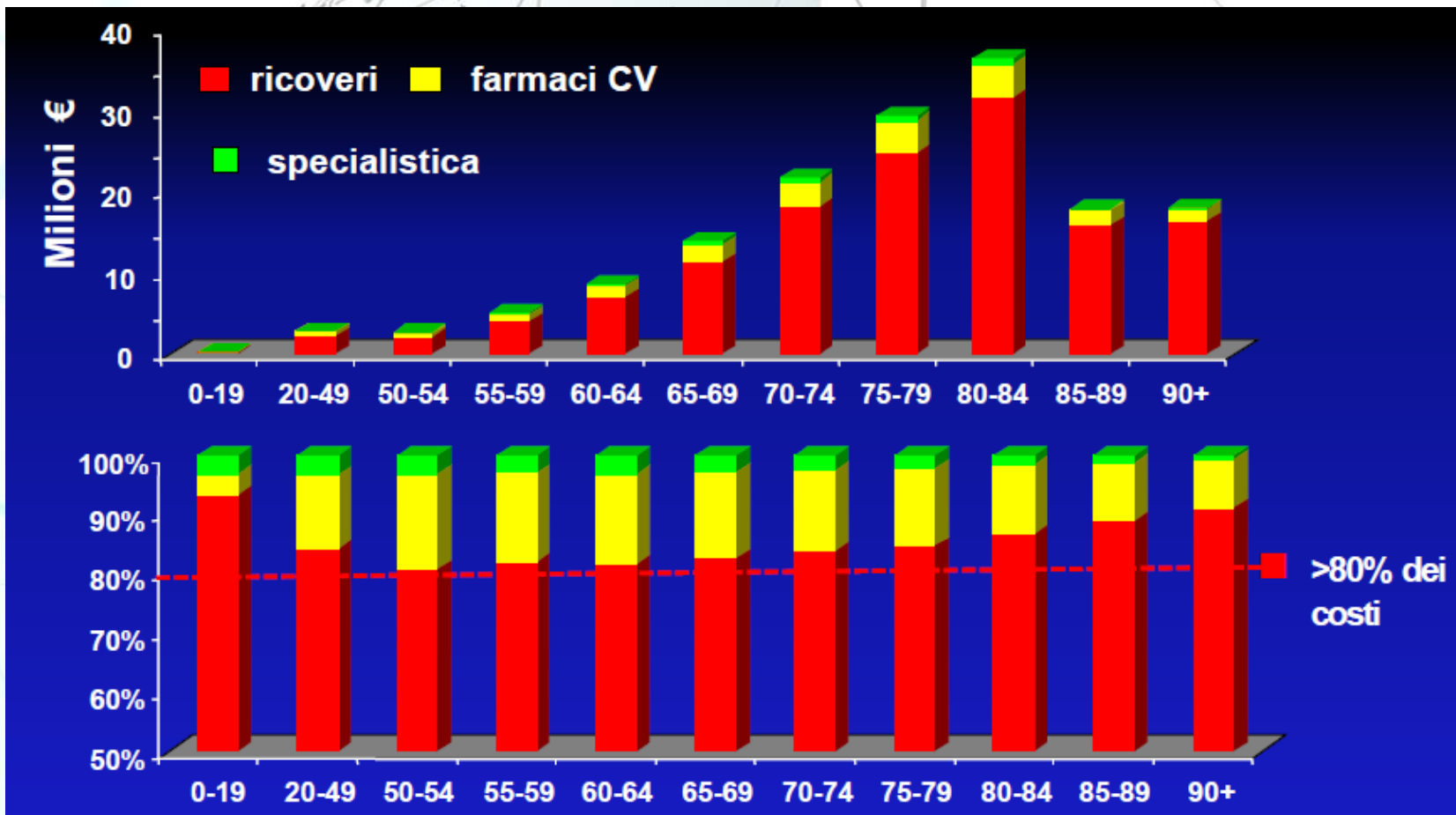
N. Ricoveri



Dati dell'Osservatorio Epidemiologico, Regione Autonoma della Sardegna

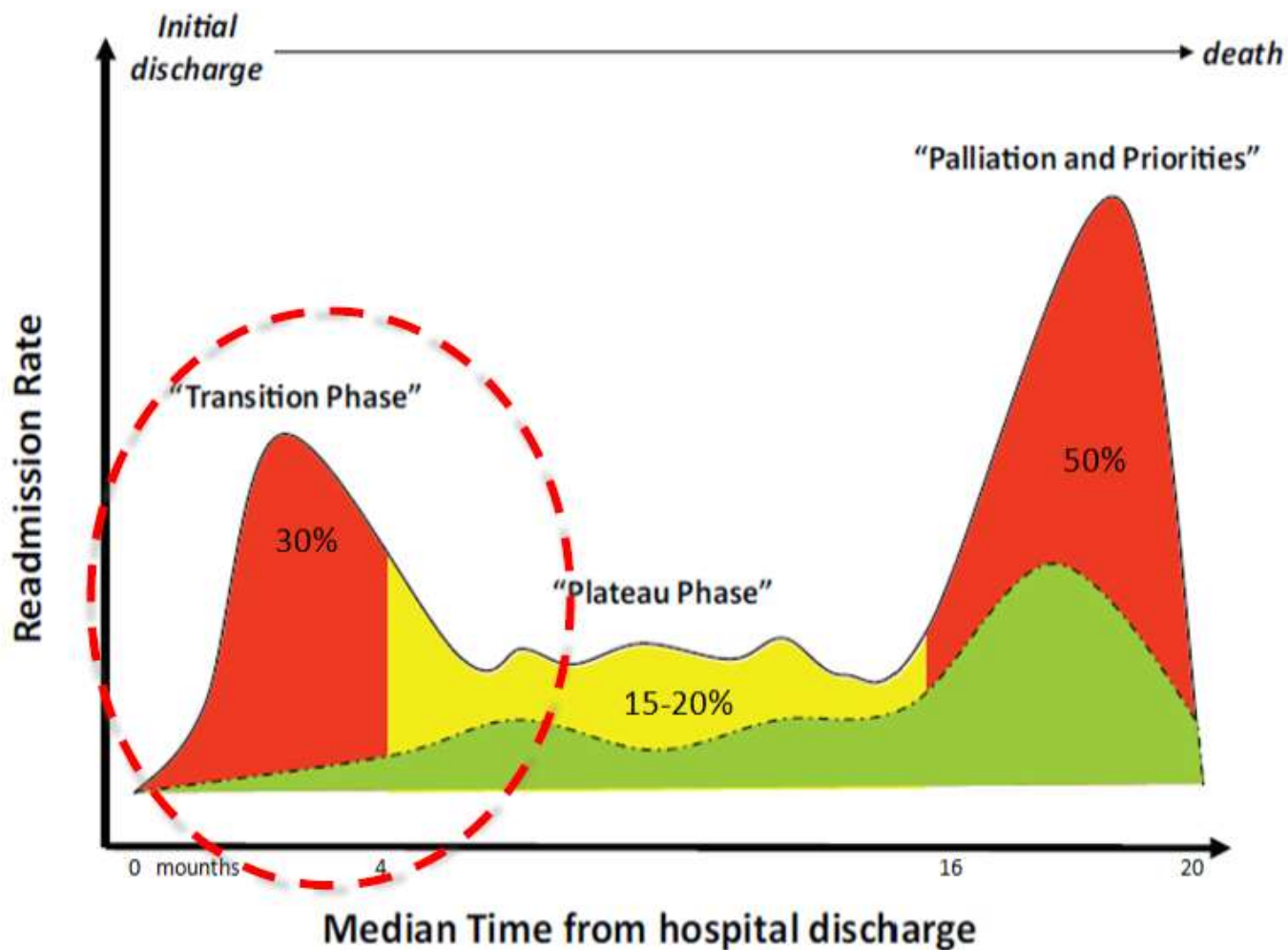
Diagnosi principale+secondaria

COSTI E SCOMPENSO CARDIACO IN BASE ALL'ETA'

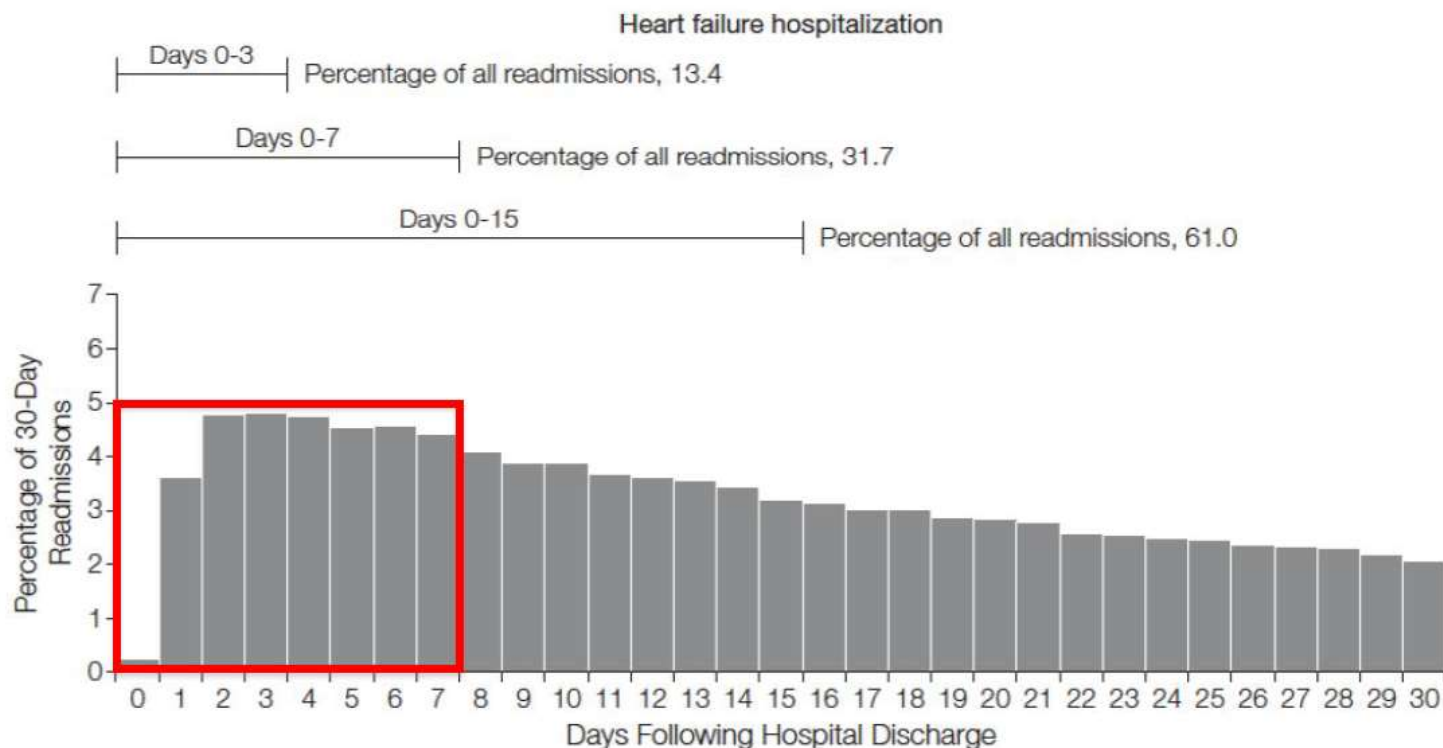


Consensus conference Modelli Gestionali HF

Rehospitalization is particularly high in the early phase after hospitalization

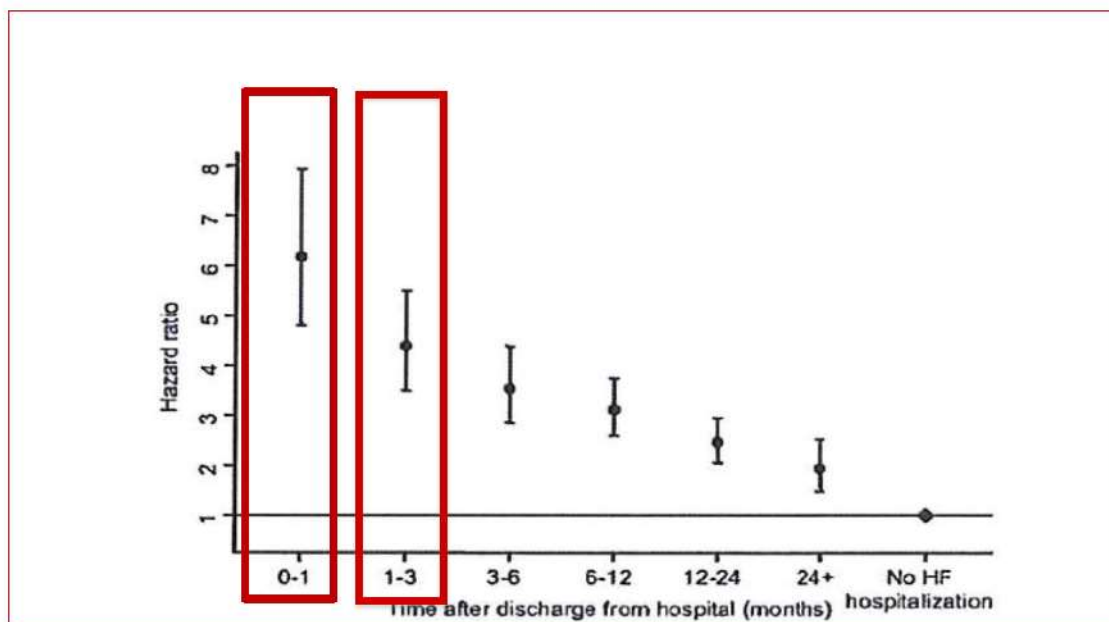


From 2007 through 2009, 329,308 30-day readmissions after 1,330,157 Medicare HF hospitalizations (24.8% readmitted)



Dharmarajan K, *et al.* *JAMA* 2013;309:355-63.

Mortality is particularly high in the early phase after hospitalization.



Hazard ratio of all-cause mortality after discharge from hospital for first hospitalization for heart failure

Marti NC, *Circ Heart Fail* 2013

“Vulnerable Phase”: week to 1-3 months post-discharge

Vulnerable phase

**Hospitalized
heart failure**

Discharge

**Chronic
heart failure**

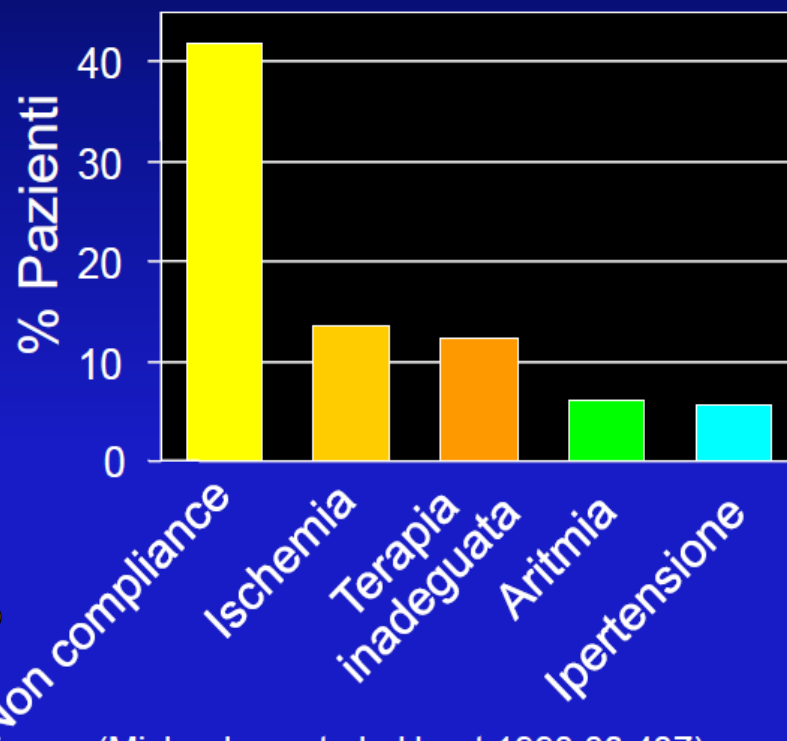
Marti NC, Circ HF 2013

CAUSE DI OSPEDALIZZAZIONE

- Gran parte delle ospedalizzazioni causate da
 - bassa compliance
 - fattori precipitanti
- Necessità di:
 - ↑ compliance
 - Accurato monitoraggio clinico, laboratoristico e strumentale
 - Precoce identificazione e trattamento fattori precipitanti

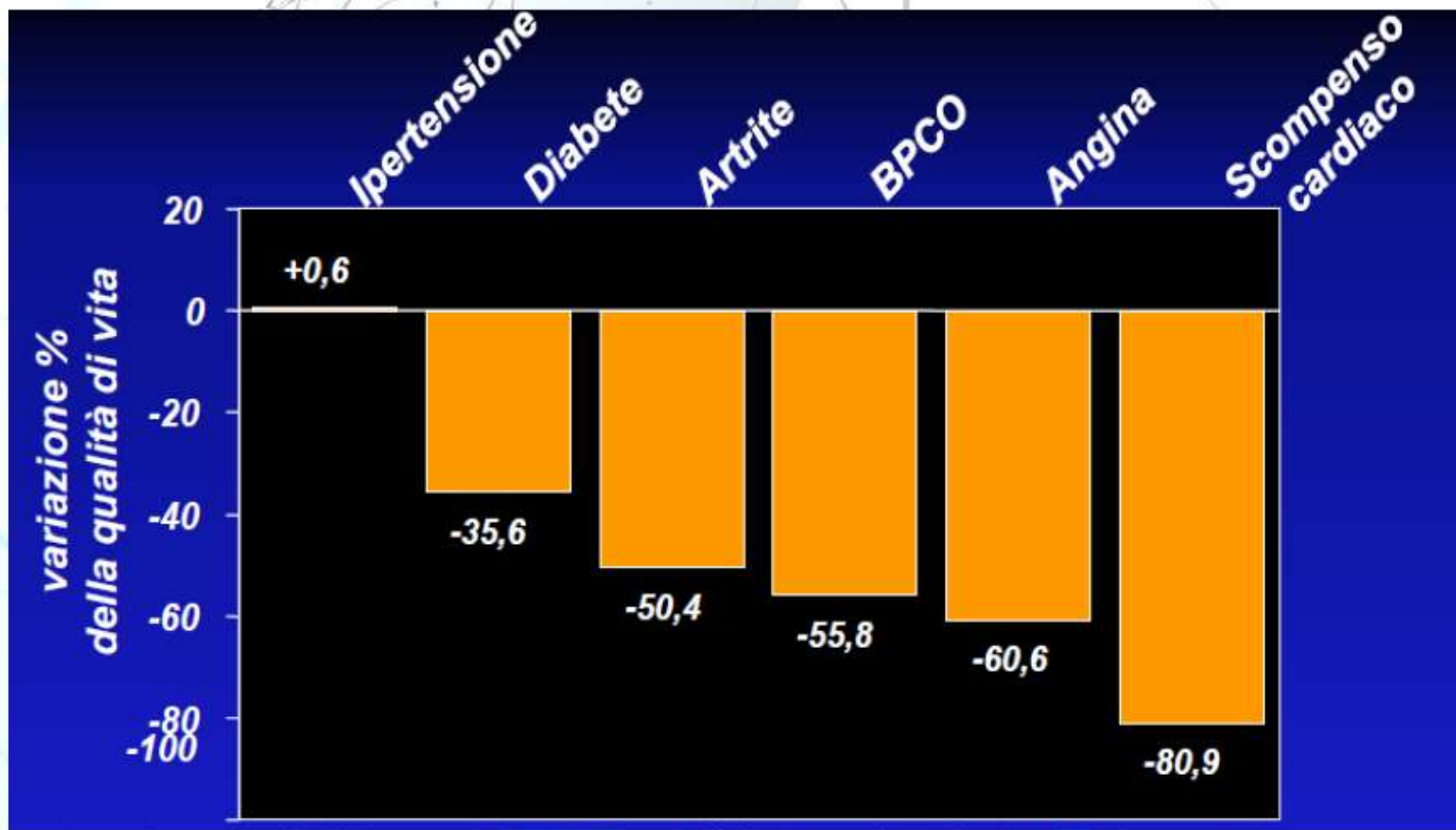
40% ospedalizzazioni in pz a basso rischio

Cause d'ospedalizzazione
(179 pz.; età media 75₋10 anni)



(Michaelsen et al., Heart 1998;80:437)

SCOMPENSO CARDIACO E QUALITA' DI VITA



Consensus conference Modelli Gestionali HF

Bologna 8 - 10 Giugno 2017
CONFERENZA NAZIONALE
CURE DOMICILIARI
E PIANO DELLE
CRONICITÀ

Studio SHAPE: la percezione del problema

- **L'86% dei cittadini intervistati ha sentito parlare di scompenso cardiaco, ma la gran parte non sa di cosa si tratti:**
 - *solo il 3% è in grado di riconoscere i sintomi dello scompenso, rispetto al 51% in grado di individuare quelli dell'ictus e al 31% in grado di identificare l'angina*
- **Il 34% dei cittadini europei crede che lo scompenso cardiaco sia un'inevitabile conseguenza del processo di invecchiamento**
- **Solo il 29% dei cittadini ritiene che lo scompenso cardiaco sia malattia grave**
- **Il 67% dei cittadini europei ritiene erroneamente che AIDS e cancro provochino più morti dello scompenso cardiaco**

Remme NJ, Eur Heart J 2005; 26: 2413-21

PROBLEMATICHE LEGATE ALLA RIOSPEDALIZZAZIONE



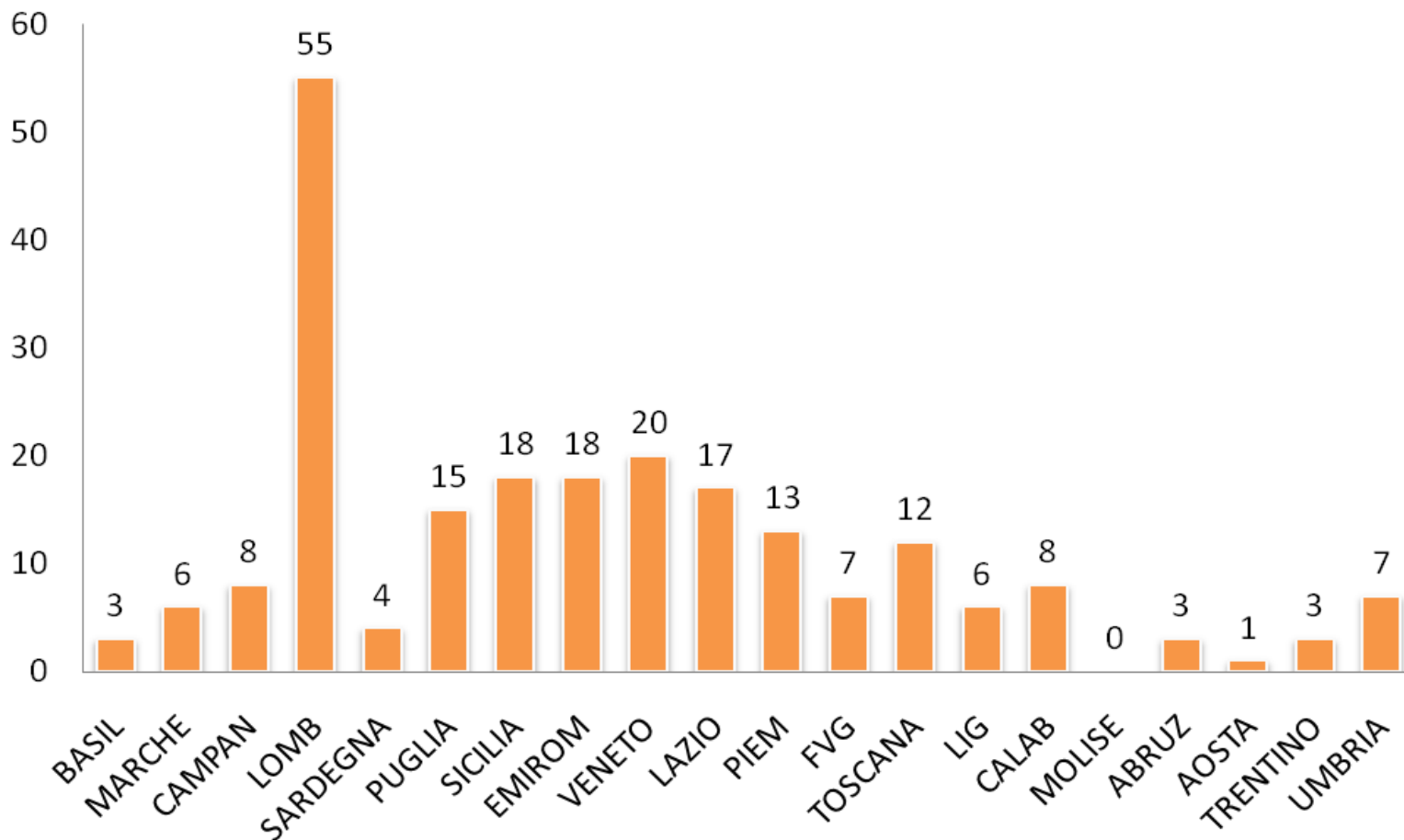
Assistenza ospedaliera polarizzata sull' *emergenza-urgenza* e non pronta a gestire il "cronico riacutizzato"

Mancanza di supporto specialistico al MMG (consulto, discussione casi clinici complessi) e diagnostico (ECG, PNA, PNA)

ASL hanno sviluppato solo recentemente progetti di intervento per le patologie croniche - mancanza di ordinamento generale - assistenza discontinua e frammentaria

Strutture a livello di territorio/distretto sono insufficienti (ADI, strutture intermedie e riabilitative, assistenza sociale) e affiancate in parte dal volontariato e al privato

Numero ambulatori scompenso per regione



52% of heart failure patients are not seen in the first 30 days after a hospitalization

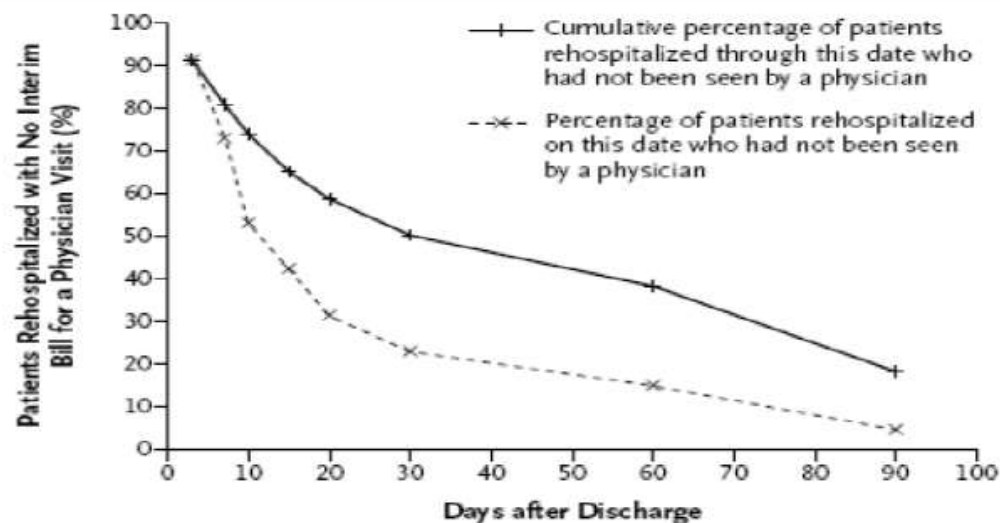


Figure 2. Patients for Whom There Was No Bill for an Outpatient Physician Visit between Discharge and Rehospitalization.

Data are for patients in fee-for-service Medicare programs who were discharged to the community between January 1, 2003, and December 31, 2003, after an index hospitalization for a medical condition. Data are derived from claims maintained in the Chronic Condition Data Warehouse of the Centers for Medicare and Medicaid Services.

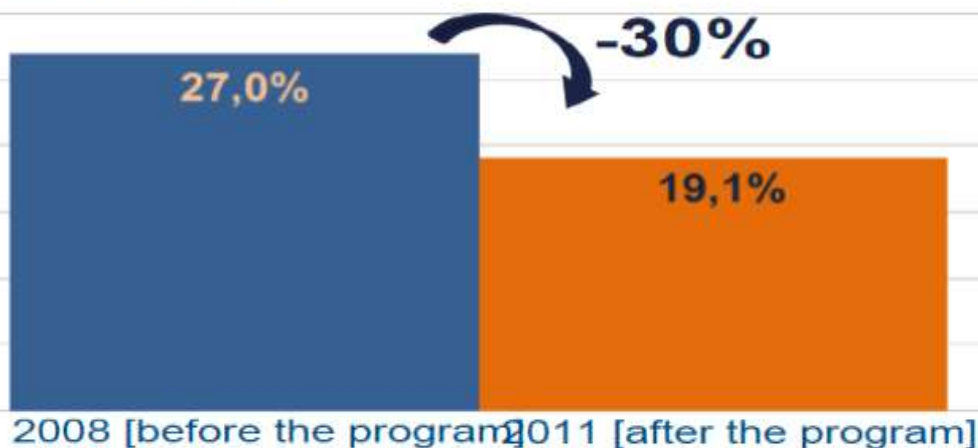
2003

n *Jencks et al. N Engl J Med 2009;360:1418-28*

e l'immagine.

7-day follow-up visits programme in US: decrease of HF 30-day readmission rate

30-day readmission rate



Ryan J, et al. *Am J Med.* 2013;126:989-994.



IL RUOLO DEL TERRITORIO:

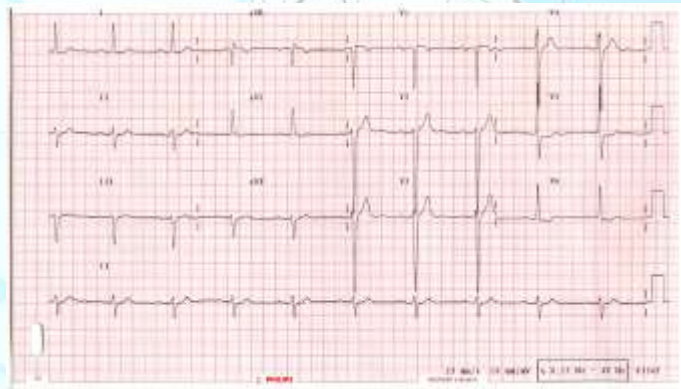
- ridurre l'incidenza di scompenso cardiaco**
- ridurre le riospedalizzazioni**

l'immagine.

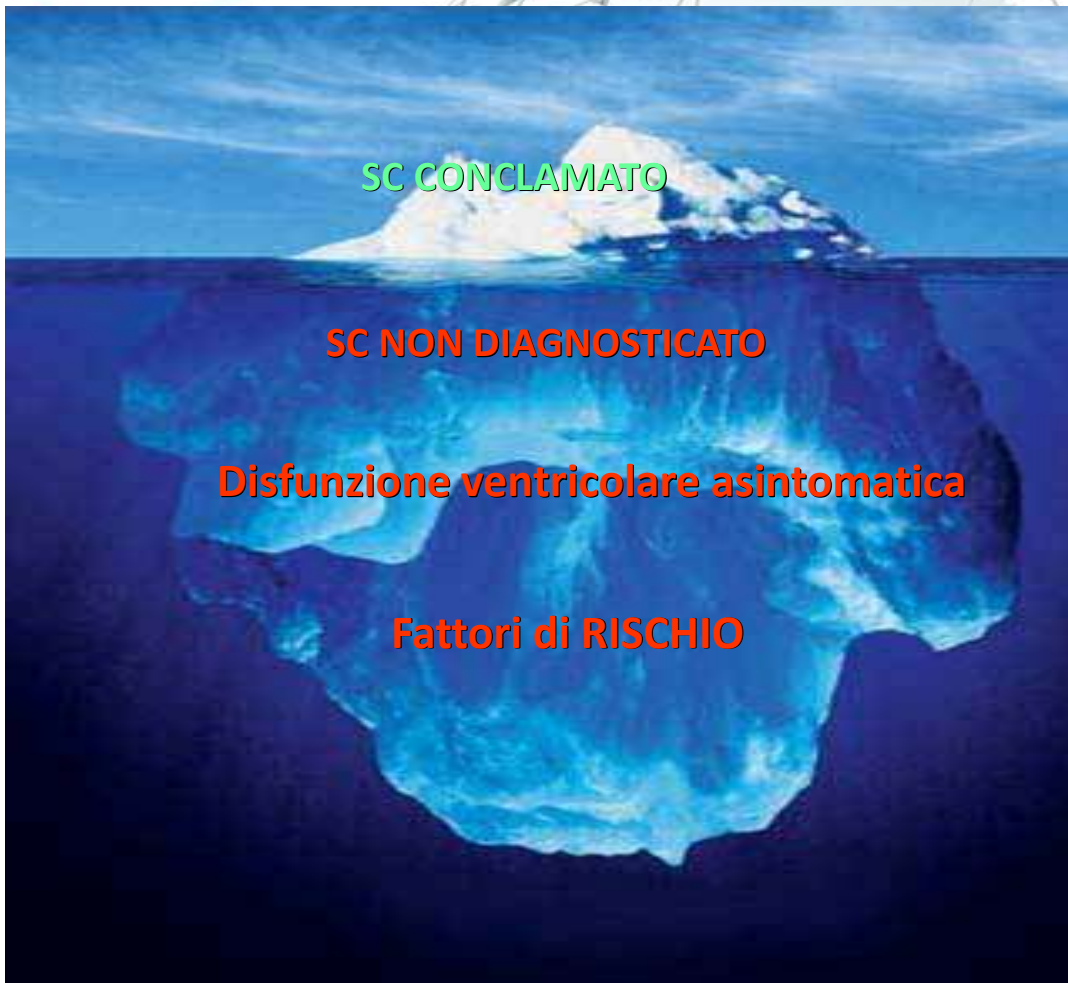
IL RUOLO DEL TERRITORIO:

- ridurre l'incidenza di scompenso cardiaco

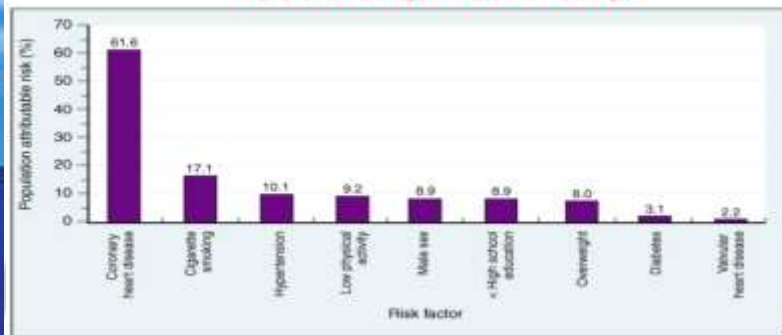
- Curare l'ipertensione arteriosa e gli altri FDR
- lo screening dei pazienti con familiarità per scompenso cardiaco
- utilizzo su larga scala di marcatori di disfunzione ventricolare come il peptide natriuretico cerebrale (BNP) o la porzione N-terminale di proBNP c
- riconoscere precocemente e trattare in modo appropriato la disfunzione ventricolare sinistra asintomatica: ECO-CG



L'ICEBERG DELLO SC



Popolazione a rischio di scompenso cardiaco (NHANES I)

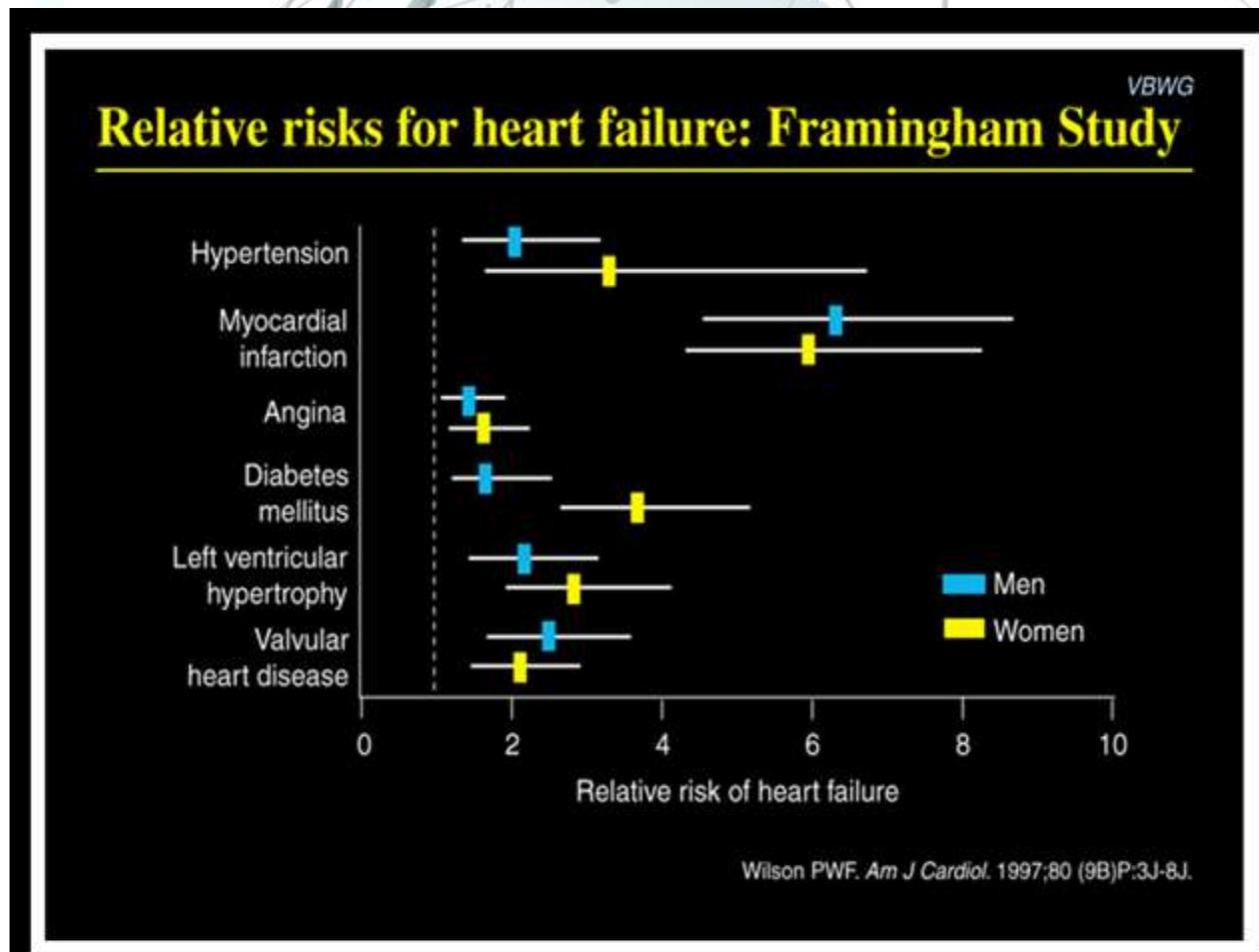


Copyright © 2005 by Elsevier Inc.

Braunwald's Heart Disease, 7th Edition, 2005

- ETA'
- IPERTENSIONE ARTERIOSA
- IVS
- CARDIOPATIA ISCHEMICA
- DIABETE
- FUMO
- DISLIPIDEMIA
- OBESITA'
- MALATTIA RENALE

IL trattamento dei fattori di rischio CV riduce l'incidenza di SC



l'immagine.

IL trattamento dei fattori di rischio CV riduce l'incidenza di SC: l'ipertensione arteriosa HTN



IL RUOLO DEL TERRITORIO:

- ridurre le ospedalizzazioni

- Programmi assistenziali complessi personalizzati
- In caso di ricovero:
 - Ricerca cause di instabilizzazione
 - Educazione del paziente e dei familiari
 - Indirizzare i pazienti a trattamenti avanzati (RCT, ICD, VAD)
 - Programmare già durante la degenza il follow-up con paziente e familiari
- Dopo la dimissione:
 - Montoraggio
 - Aderenza alla terapia
 - Periodiche valutazioni ematochimiche
 - Controllo del peso corporeo
 - Attività fisica
 - Rivalutazioni strumentali



GESTIONE SUL TERRITORIO

GLI ATTORI

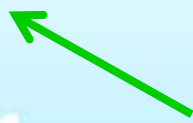
PAZIENTE



CARDIOLOGO



MEDICO DI FAMIGLIA



FAMIGLIA

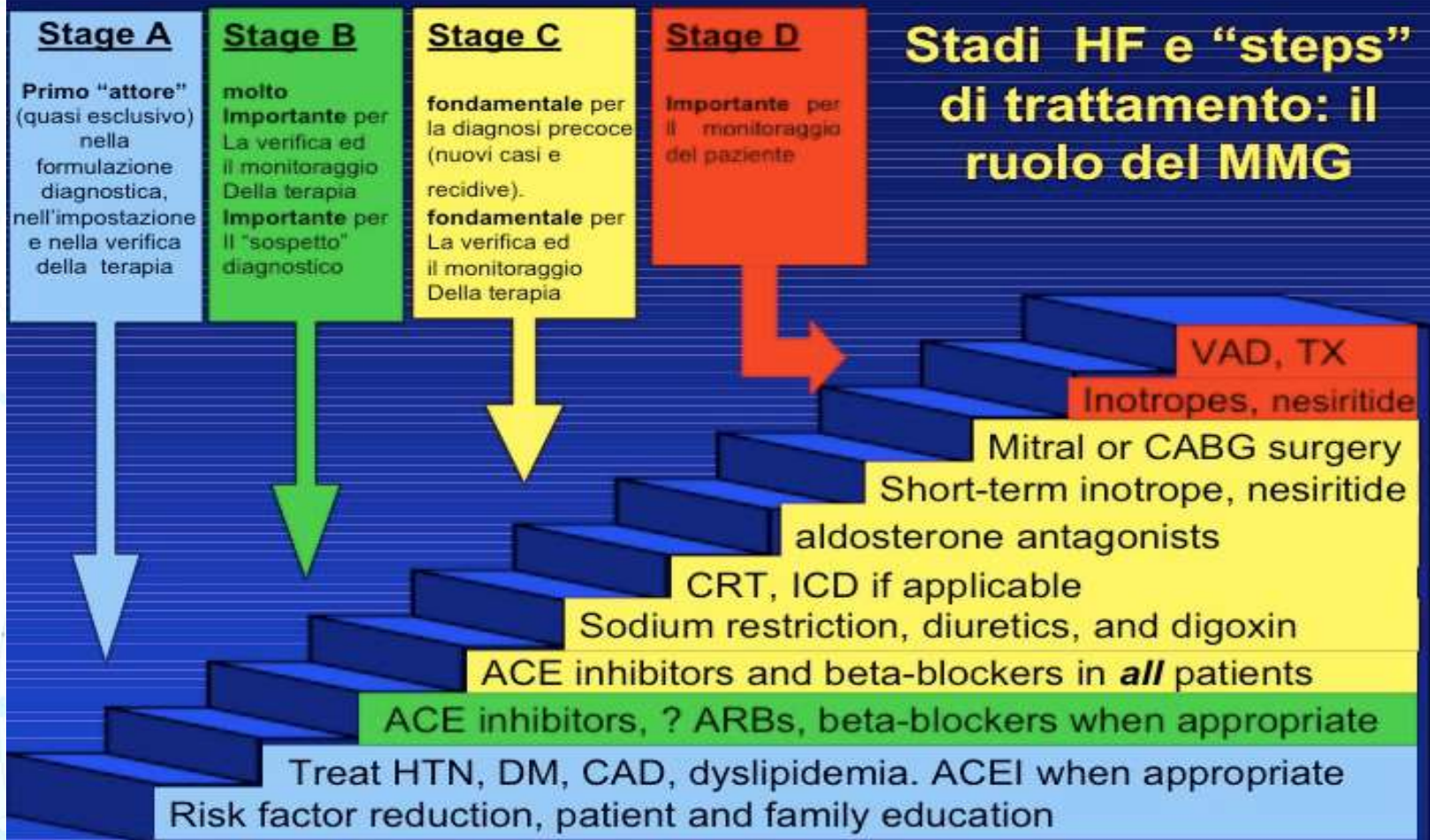


INFERMIERE



IL RUOLO DEL MMG

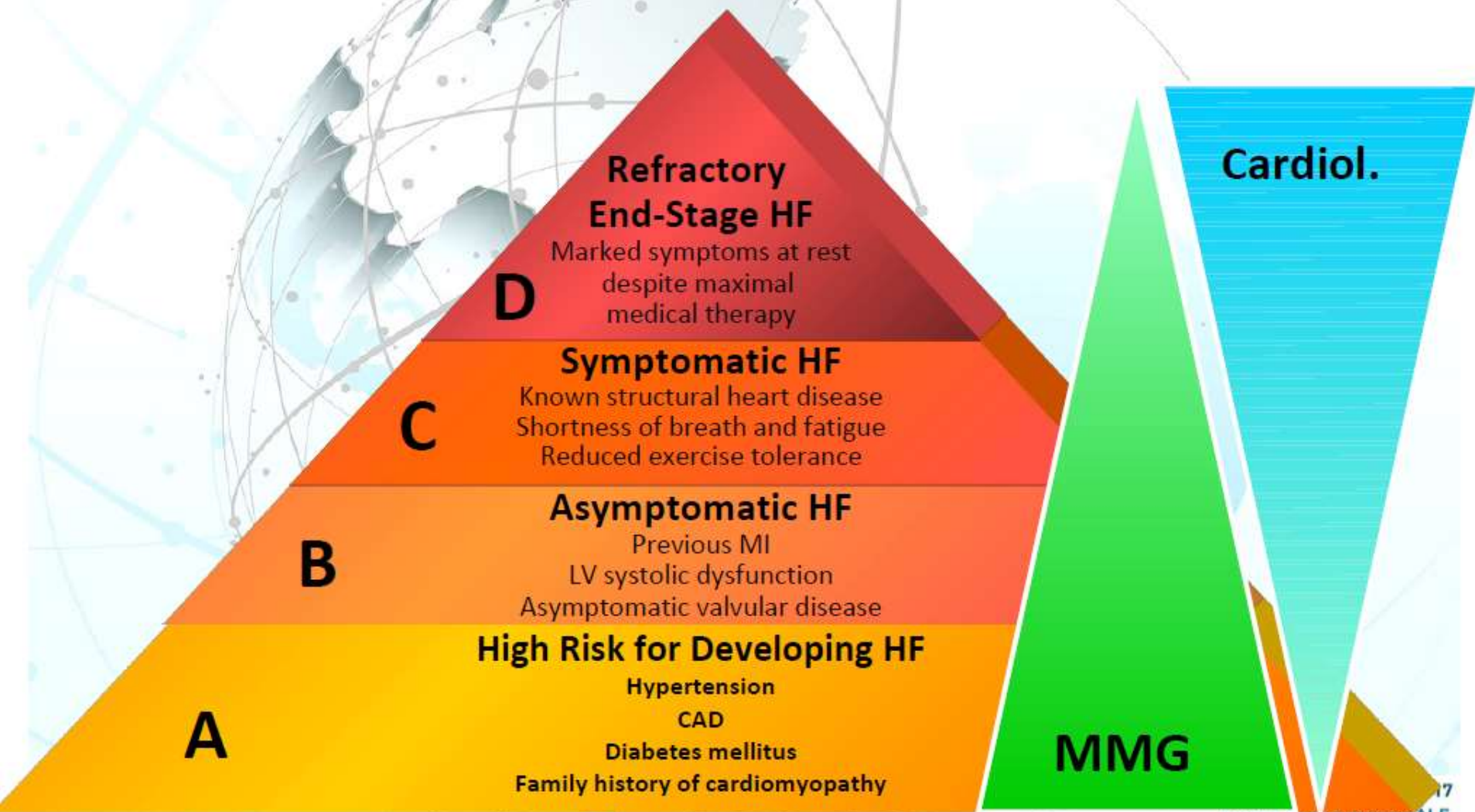
- .Individuare i soggetti a rischio di SC**
- .Trattare i fattori di rischio**
- .Interventi tesi a modificare stili di vita a rischio**
- .Controllo dei farmaci e delle terapie cardiotossiche**
- .Esami di primo livello**
- .Indirizzare il paziente alla consulenza specialistica/ricoveroconcordando con il Cardiologo Ambulatoriale il percorso DT più opportuno**
- .Gestire la cadenza del follow up**
- .Concordare con il Cardiologo Ambulatoriale la titolazione dei farmaci**
- .Riconoscimento precoce delle instabilizzazioni**
- .Favorire la tenuta del “tessuto sociale e familiare”**



Slide courtesy of Mariell Jessup, MD

ACC/AHA Practice Guidelines

Pyramid Approach to HF Stages



IL RUOLO DEL CARDIOLOGO AMBULATORIALE

- .Programmare insieme al MMG i controlli ambulatoriali e le rivalutazioni strumentali “appropriate”**
- .Verifica della terapia**
- .Prescrizione/monitoraggio di un programma di attività fisica aerobica**
- .Consulenze urgenti in caso di instabilizzazione clinica**
- .Inviare al DH o al ricovero ospedaliero i pazienti non più gestibili nel territorio**
- .Indirizzare il paziente alla diagnostica di II° livello o all'impianto di device**

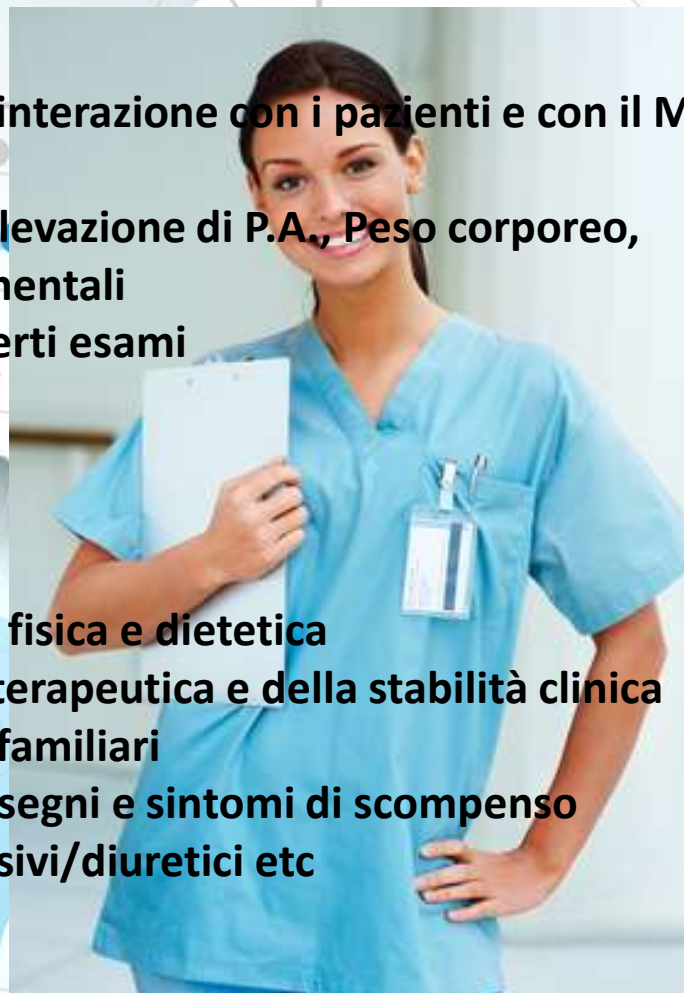
IL RUOLO DELL'INFERMIERE

IN AMBULATORIO:

- .Collaborare con i medici nella interazione con i pazienti e con il MMG negli aspetti organizzativi**
- .Collaborare con i medici alla rilevazione di P.A., Peso corporeo, prenotazione degli esami strumentali**
- .Controllo / comunicazione referti esami**
- .Follow-up telefonico**

A DOMICILIO:

- .Educazione sanitaria**
- .Segue il programma di attività fisica e dietetica**
- .Valutazione della compliance terapeutica e della stabilità clinica**
- .Supporto al paziente e ai suoi familiari**
- .Rilevazione e monitoraggio di segni e sintomi di scompenso**
- .Esecuzione di trattamenti infusivi/diuretici etc**



LA GESTIONE SUL TERRITORIO

COSA SI DEVE FARE?

PREVENIRE

DIAGNOSTICARE

CURARE

FOLLOW-UP



Personale dedicato
alla cura dello
Scopenso Cardiaco



Ambulatorio Scopenso



Studi Medici

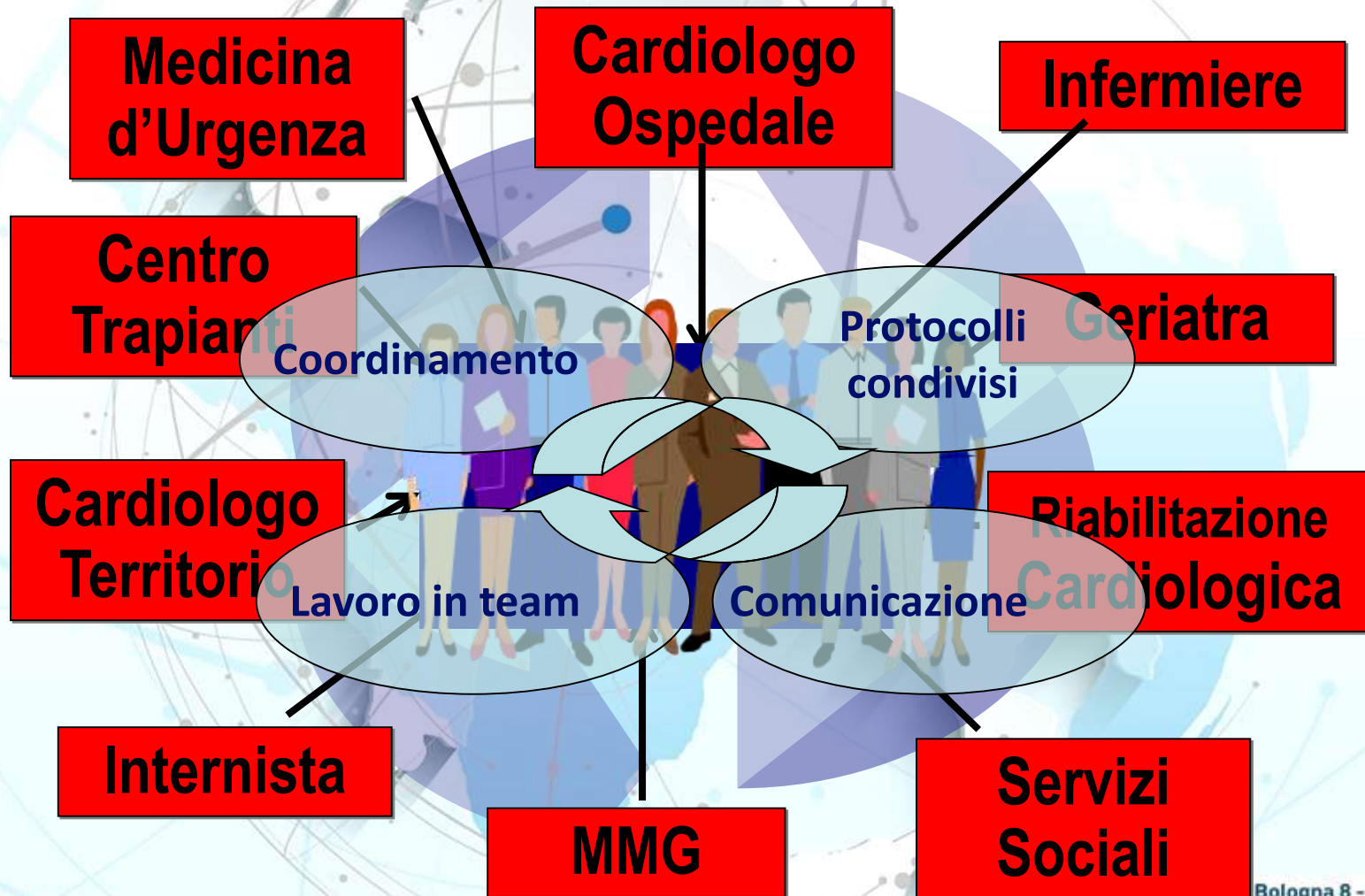
LA GESTIONE SUL TERRITORIO

QUALI GLI OBIETTIVI

1. **IL BENESSERE DEL PAZIENTE;**
2. **LA RIDUZIONE DEI RICOVERI:**
3. **LA RIDUZIONE DELLA MORTALITA'.**



L'“integrazione” delle cure



IL NOSTRO PROTOCOLLO

IL NOSTRO PROTOCOLLO

- I pazienti scompensati sono seguiti a livello specialistico Dall'Ambulatorio per lo Scompenso Cardiaco collocato presso il Poliambulatorio.
- E' gestito da un Cardiologo Specializzato e d aun Infermiere dedicato specializzato
- Dal 2016 ad oggi I pazienti seguiti presso l'Ambulatorio dedicato sono **98**
- I pazienti accedono all'Ambulatorio
 - come follow up programmato dalla dimissione di ricoveri per eventi acuti o riacutizzazioni di forme croniche
 - inviati da altri reparti
 - inviati dal MMG
 - seguiti dall'ADI

I pazienti vengono visitati secondo un regime di Follow Up che prevede una frequenza di visite codificata e differenziata a seconda della Classe NYHA dei pazienti stessi.

IL NOSTRO PROTOCOLLO

AMBULATORIO SCOMPENSO (pazienti I-II-III° classe stabili)

Le prestazioni eseguite a livello ambulatoriale sono:

- **esame obiettivo del paziente e storia anamnestica**
- **misurazione PA,**
- **ECG a 12 derivazioni**
- **valutazione del peso**
- **valutazione della diuresi**
- **titolazione dei farmaci**
- **ECO-CG periodico**
- **periodiche analisi ematochimiche**
- **EGA, Rx Torace...quando necessario**
- **educazione sanitaria e counselling (riunioni concordate con i pazienti e i familiari)**
- **gestione integrata con altri specialisti (geriatra, neurologo, fisiatra)**

IL NOSTRO PROTOCOLLO

I pazienti in Classe NYHA avanzata III e IV rappresentano il TARGET del servizio domiciliare

sono pazienti gravi, con estrema instabilità emodinamica e ridotta qualità di vita, che necessitano di:

- frequenti controlli (1-4 v/mese) a domicilio
- frequente monitoraggio dei parametri (diuresi, peso, PA, saturazione O₂)
- frequente aggiustamento della posologia farmacologica

Monitoraggio infermieristico e da parte del MMG che in caso di peggioramento o deterioramento parametri/ECG allerta il cardiologo

IL NOSTRO PROTOCOLLO

• **Come sta? Come si sente?**

• **Ha avuto o ha dolore al petto? SI/ NO**

Se SI: Di che tipo era il dolore? Oppressivo, Costrittivo, Trafittivo, Urente? Duarata? Sudorazione, nausea?

• **Ha avuto/ ha mancanza di respiro? SI/ NO**

–Se SI: Cosa deve fare perché le manchi il respiro?

–Riesce a lavarsi e a vestirsi da solo o le manca anche a riposo?

• **Ha avuto/ ha palpitazioni? SI/ NO**

• **Ha avuto / ha senso di mancamento o è svenuto? SI/NO**

• **La pressione è rimasta stabile o ha avuto cali o rialzi pressori?**

• **Con quanti cuscini ha dormito? Ha dovuto aumentarli?**

• **Ha le gambe gonfie? SI/NO**

–Se si più dei giorni precedenti?

• **Il peso è stabile o è aumentato?**

–Se SI: di quanto ed in quanti giorni?

• **Ha urinato regolarmente? Quanto ha urinato in questi giorni? Quanto ha urinato da ieri ad oggi?**

• **Quanti liquidi beve o ha bevuto nei giorni precedenti?**

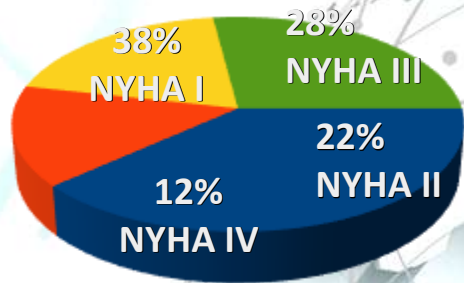
• **Ha appetito regolarmente?**

• **Ha febbre?**

• **Sta assumendo i farmaci regolarmente?**

**Questionario somministrato dall' infermiere che poi riferisce al MMG e allo
Specialista cardiologo**

IL NOSTRO PROTOCOLLO



DISTRIBUZIONE DEI PAZIENTI

- **Follow-up limitato**
- **Arruolamento a partire dal 1° gennaio 2016**
- **Il progetto necessita di implementazione**
- **Tendenza alla riduzione delle ospedalizzazioni del 30%**
- **Nel 2° semestre del 2016 rispetto al 2014-2015**



Conclusioni



Lo SC si configura come una sindrome clinica cronica complessa, di forte impatto clinico e sociale, a causa di elevata morbilità e mortalità, delle ripercussioni economiche, organizzative, psico-affettive e familiari connesse al carattere spesso invalidante della patologia.

-



Il ruolo del **Territorio, attraverso i suoi attori medici e non medici**, rimane fondamentale per migliorare la qualità di vita e contrastare i costi socio-economici che appaiono purtroppo destinati ad ampliarsi nelle prossime decadi



GRAZIE PER L'ATTENZIONE