

**Ernesto Claar**

**La Cirrosi Epatica in epoca  
pandemica:  
perché utile un PDTA**

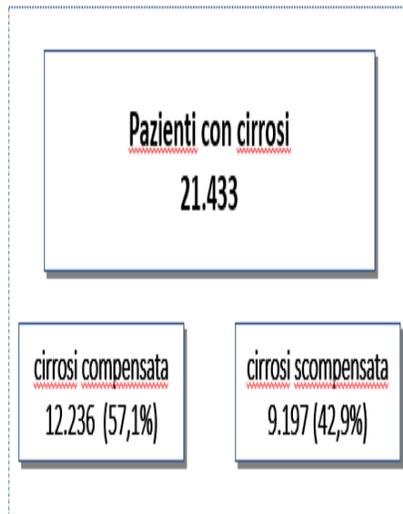
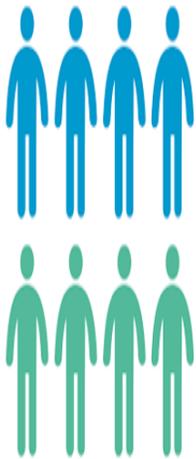
**L'EPATOLOGIA  
NEL III MILLENNIO:  
TRA BISOGNI DEL PAZIENTE  
E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA**

**NAPOLI  
26 - 27  
NOVEMBRE  
2022**



## Burden of compensated and decompensated cirrhosis: real world data from an Italian population-based cohort study

Simona Cammarota and Anna Citarella, Francesca F Bernardi, Ernesto Claar, Marianna Fogliasecca, Valentina Manzo, Valerio Rosato, Bernardo Toraldo, Ugo Trama, Alfredo Valente, Valeria Conti.



- ✓ 73 milioni di euro per anno in Campania ( 62.4% assorbiti da ospedalizzazione)
- ✓ 46,4 % dei pazienti riceveva un nuovo ricovero entro un anno dalla dimissione
- ✓ Il tasso di mortalità aumenta drammaticamente ( 35.6%) dopo il primo episodio di scompenso

# La Cirrosi epatica

- ▶ Come **paradigma** di malattia cronica richiede lo sviluppo di modelli organizzativi strutturati ma flessibili, basati su una costante interazione tra “Medicina del Territorio” e “Medicina Ospedaliera”

**Burden of compensated and decompensated cirrhosis: real world data from an Italian population-based cohort study**

*European Review for Medical and Pharmacological Sciences*

*Published on 28/6/2021*



## Background

Perché lo Studio?



## Obiettivo

cosa ci siamo preposti di fare?



## Risultati

cosa abbiamo osservato?



## Potere informativo

Quali azioni da intraprendere?



Intervenire per **prevenire la morbilità e la mortalità** nei pazienti cirrotici.



Definire "**modelli di assistenza territoriale**" basati su strategie preventive e interventi per migliorare la qualità delle cure e ritardare la progressione della malattia.



Intervenire con **percorsi di cura mirati sulla base della complessità** per ridurre il rischio di re-ricovero e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

## **Documento tecnico di indirizzo sulla metodologia di stesura dei PDTA in Regione Campania**

### **INDICE**

- I. *Premessa e principi generali*
- II. *Fasi di stesura di un PDTA:*
  - a) *Definizione delle priorità*
  - b) *Definizione degli obiettivi*
  - c) *Costituzione del tavolo di lavoro*
  - d) *Analisi delle normative nazionali e regionali di riferimento*
  - e) *Ricerca, valutazione e selezione della letteratura scientifica e delle linee guida di riferimento.*
  - f) *Analisi del contesto e mappatura del percorso esistente*
  - g) *Identificazione degli ostacoli locali all'applicazione del PDTA*
  - h) *Stesura del percorso*
  - i) *Applicazione del PDTA (disseminazione, implementazione, valutazione, revisione)*
  - j) *Bibliografia*
- III. *Allegato 1 "Protocollo operativo del Gruppo di Lavoro Regionale"*
- IV *Allegato 2 "Check list – Requisiti specifici PDTA"*

### **PREMESSA e PRINCIPI GENERALI**

Il **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)** è uno strumento indirizzato a **migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa nella gestione di pazienti affetti da specifiche malattie, sia acute che croniche. È inoltre, uno strumento fondamentale per una gestione attiva e programmata della patologia.**

Il PDTA deriva dalla contestualizzazione delle Linee Guida alla realtà locale, con le sue caratteristiche organizzative e gestionali, proponendosi come strumento per un passaggio culturale **dalla gestione per specialità ad un più ampio processo di trasversalità delle cure.**

Mentre le Linee Guida (LLGG) possono essere redatte da Società Scientifiche e/o da Agenzie Governative, sono invece **le Istituzioni Regionali o le Aziende Sanitarie ad avere il compito di produrre, implementare e valutare il loro impatto nei percorsi assistenziali.** Nel nostro ordinamento (legge Gelli/Bianco) la stesura delle Linee Guida Nazionali, o dei documenti di "buona pratica clinica", sono assegnate al Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), con la collaborazione delle Società Scientifiche accreditate, coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

...che in quell'organizzazione e in quel contesto operano. Se manca questo consenso, che scaturisce da solide collaborazioni ed attività puntualmente integrate, è difficile assicurarne l'applicazione.

Il PDTA diventa, nella sua applicazione, anche un **importante strumento di governo clinico ed in particolare di risk management**. Il raggiungimento prioritario di obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, che sono propri di un PDTA, consente di affrontare e monitorare anche le problematiche proprie del rischio clinico condividendone ad esempio gli strumenti applicativi attraverso il percorso degli audit.

Rispetto alle LL.GG. che definiscono il "cosa fare", attraverso raccomandazioni di diversa forza, derivate dalle evidenze della letteratura scientifica, **il PDTA deve anche definire "chi fa che cosa" "dove, come e quando"**, il tutto in un percorso valutabile attraverso l'uso di indicatori che consentano di misurare e confrontare gli effetti del percorso sia in relazione agli outcome clinici, sia in relazione a indicatori costo-beneficio. Ciò ha il duplice scopo di confrontare percorsi che si applichino alla stessa condizione clinica in contesti diversi (per esempio in diverse regioni o ASL) e di aggiornare nel tempo i contenuti del PDTA, in relazione al progresso scientifico e tecnologico (aggiornamento delle LL.GG.) ed in conseguenza del monitoraggio degli indicatori di processo ed esito misurati.

Per il paziente, il Percorso Assistenziale è il "cammino" che egli percorre all'interno del SSR, utilizzando piani di cura multiprofessionali e multidisciplinari, che identificano la migliore sequenza di attività necessarie a raggiungere gli obiettivi di salute. In tal senso il PDTA deve prevedere che "le persone giuste" facciano "le cose giuste", nella "sequenza giusta", "nel tempo giusto", "nel posto giusto", con "il giusto esito", e nella prioritaria considerazione del "bisogno di salute del paziente". Obiettivo principale di ogni PDTA è assicurare la **centralità del paziente nell'ambito del percorso**, facendo sì che ogni attività sia dinamica, facilitando l'accesso alle cure da parte del malato e garantendogli, di fatto, la "prossimità" delle soluzioni per ogni step assistenziale previsto.

Scopi principali da perseguire nella stesura di un PDTA:

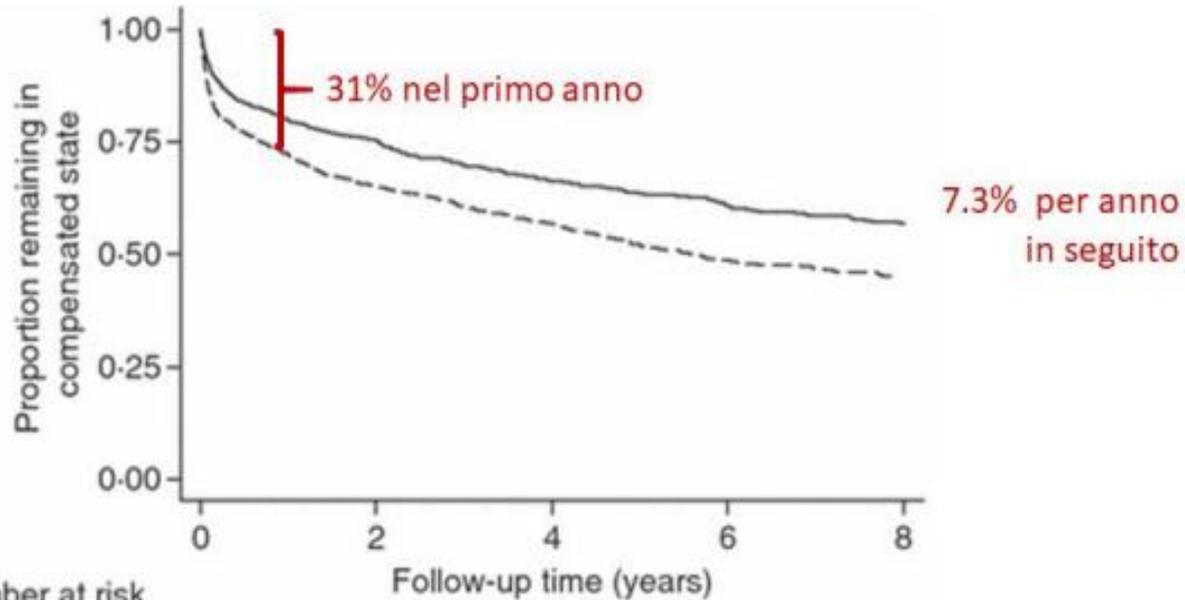
1. **Eliminare o quantomeno contenere la variabilità non necessaria** sia nella fase diagnostica che terapeutica, che può determinare inappropriately nell'offerta assistenziale;
2. **Assicurare la continuità, il coordinamento dell'assistenza, la riconciliazione terapeutica;**
3. **Ridurre al minimo i rischi per i pazienti;**
4. **Migliorare gli esiti delle cure;**
5. **Eliminare il più possibile ritardi e sprechi.**

Fondamentali risultano le fasi di monitoraggio per verificare, in modo continuo e precisamente cadenzato, gli obiettivi raggiunti, le risorse impiegate, le implementazioni possibili, le criticità rilevate e le conseguenti soluzioni applicabili.

La Regione Campania intende rendere omogenea la produzione dei PDTA ed a tal fine produce il presente documento, fornendo indicazioni tecniche e programmatiche per consentire allo strumento PDTA di potersi applicare in maniera vasta e diffusa.

## STORIA NATURALE DELLA CIRROSI COMPENSATA

UK General Practice  
 Research data base  
 (1987-2002)



|                               | 0    | 2   | 4   | 6   | 8   |
|-------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|
| Non-alcohol related cirrhosis | 1630 | 756 | 446 | 276 | 171 |
| Alcoholic cirrhosis           | 1493 | 665 | 423 | 260 | 177 |

— Non-alcohol related cirrhosis  
 - - - Alcoholic cirrhosis

Fleming KM et al.  
 Aliment Pharmacol Ther (2010)

## Burden of compensated and decompensated cirrhosis: real world data from an Italian population-based cohort study

Simona Cammarota and Anna Citarella, Francesca F Bernardi, Ernesto Claar, Marianna Fogliasecca, Valentina Manzo, Valerio Rosato, Bernardo Toraldo, Ugo Trama, Alfredo Valente, Valeria Conti.

**Table 2. Hospital resource utilization and mortality during 1-year follow-up.**

|  | Prevalent patients with cirrhosis |                     |                    | P value | Incident patients with DC (N=1,371) |
|--|-----------------------------------|---------------------|--------------------|---------|-------------------------------------|
|  | Overall (N=21,433)                | CC group (N=12,236) | DC group (N=9,197) |         |                                     |
| Admitted patients for acute events, n (%)            | 5,098 (23.8)                      | 2,634 (21.5)        | 2,464 (26.8)       | <0.0001 | 760 (55.4%)                         |
| Hospitalizations for acute event, <del>mean±SD</del> | 0.4±1.1                           | 0.4±0.9             | 0.5±1.2            | <0.0001 | 1.2±1.6                             |
| Cumulative length of stay, median (IQR)              | 10.0 (16)                         | 8.0 (14)            | 11.0 (19)          | <0.0001 | 13.0 (21)                           |
| Patients died within one year, n (%)                 | 1,633 (7.6)                       | 710 (5.8)           | 923 (10.1)         | <0.0001 | 488 (35.6%)                         |

CC, compensated cirrhosis; DC, decompensated cirrhosis; IQR, interquartile range; SD, standard deviation

### Key messages

- Tassi di ospedalizzazione più elevati nei pazienti con cirrosi scompensata, in particolare nel primo anno dopo l'insorgenza della complicanza (>50%).
- Mortalità a 1 anno nei pazienti con prima complicanza 7 volte maggiore rispetto ai pazienti con cirrosi compensata e circa 3,5 volte maggiore rispetto ai pazienti con pregresso evento di scompenso
- I pazienti che sviluppano come prima complicanza ascite o encefalopatia epatica sono a più alto rischio di incorrere in un nuovo ricovero già nei primi 6 mesi.

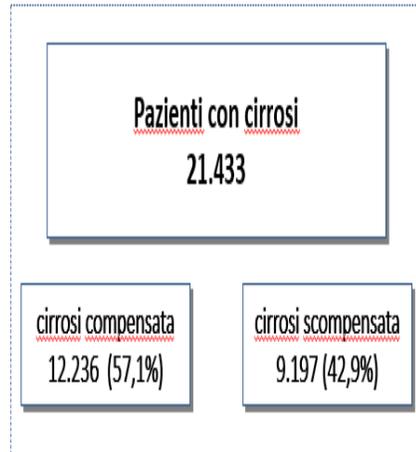
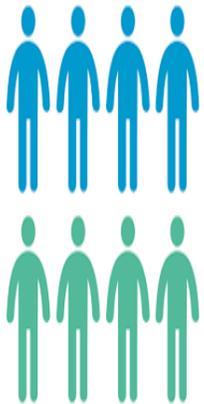
## Burden of compensated and decompensated cirrhosis: real world data from an Italian population-based cohort study

Simona Cammarota and Anna Citarella, Francesca F Bernardi, Ernesto Claar, Marianna Fogliasecca, Valentina Manzo, Valerio Rosato, Bernardo Toraldo, Ugo Trama, Alfredo Valente, Valeria Conti.

S2 Table. Baseline non-liver comorbidities of study population.

|                             | Prevalent patients with cirrhosis |                     |                    | P value | Incident DC patients (N=1,371) |
|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------|---------|--------------------------------|
|                             | Overall (N=21,433)                | CC group (N=12,236) | DC group (N=9,197) |         |                                |
|                             | %                                 | %                   | %                  |         | %                              |
| Hypertension                | 35.0                              | 38.5                | 30.3               | <0.0001 | 35.0                           |
| Diabetes                    | 27.4                              | 24.9                | 30.8               | <0.0001 | 29.0                           |
| Cardiovascular diseases     | 24.3                              | 25.3                | 22.9               | <0.0001 | 26.4                           |
| COPD                        | 18.6                              | 18.6                | 18.6               | 0.964   | 17.3                           |
| Cerebrovascular diseases    | 13.4                              | 13.8                | 12.9               | 0.045   | 14.5                           |
| Cancer (excluding HCC)      | 12.3                              | 12.6                | 11.8               | 0.072   | 15.8                           |
| Renal disease               | 11.1                              | 9.1                 | 13.8               | <0.0001 | 12.3                           |
| Anaemia                     | 8.1                               | 5.8                 | 11.1               | <0.0001 | 7.5                            |
| Peripheral vascular disease | 5.7                               | 5.2                 | 6.2                | 0.002   | 5.4                            |
| Psychiatric disorders       | 3.3                               | 3.6                 | 2.8                | 0.001   | 2.1                            |

CC, compensated cirrhosis; COPD, Chronic Obstructive Pulmonary Disease; DC, decompensated cirrhosis; HCC, Hepatocellular carcinoma.

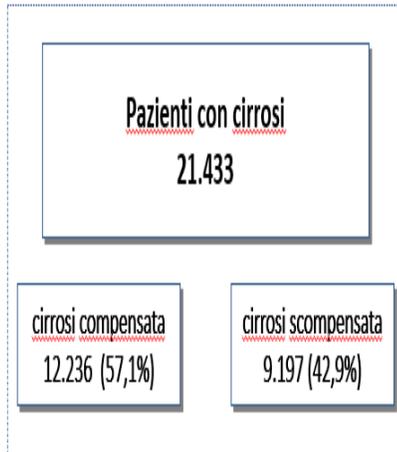
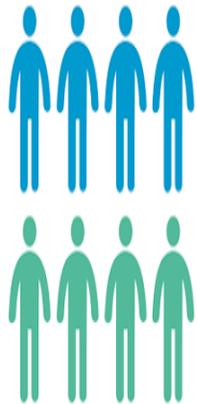


## Burden of compensated and decompensated cirrhosis: real world data from an Italian population-based cohort study

Simona Cammarota and Anna Citarella, Francesca F Bernardi, Ernesto Claar, Marianna Fogliasecca, Valentina Manzo, Valerio Rosato, Bernardo Toraldo, Ugo Trama, Alfredo Valente, Valeria Conti.

Table 1. Demographic and clinical characteristics of study population.

|                              | Prevalent patients with cirrhosis |                             |                            | P value | Incident                      |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------|-------------------------------|
|                              | Overall<br>(N=21,433)<br>%        | CC group<br>(N=12,236)<br>% | DC group<br>(N=9,197)<br>% |         | DC patients<br>(N=1,371)<br>% |
| <b>Male gender</b>           | 57.8                              | 57.2                        | 58.5                       | 0.065   | 60.0                          |
| <b>Age groups</b>            |                                   |                             |                            |         |                               |
| 18-65                        | 42.1                              | 42.1                        | 42.1                       | 0.191   | 38.7                          |
| 66-74                        | 25.3                              | 25.8                        | 24.7                       |         | 28.5                          |
| ≥ 75                         | 32.6                              | 32.1                        | 33.1                       |         | 32.8                          |
| <b>Ascites</b>               | 21.7                              | -                           | 50.5                       | -       | 56.2                          |
| <b>Portal hypertension</b>   | 15.4                              | -                           | 35.9                       | -       | 27.1                          |
| <b>Hepaticencephalopathy</b> | 13.4                              | -                           | 31.3                       | -       | 15.8                          |
| <b>EV without bleeding</b>   | 11.6                              | 6.4                         | 18.5                       | <0.0001 | 8.5                           |
| <b>EV with bleeding</b>      | 9.7                               | -                           | 22.5                       | -       | 16.2                          |
| <b>Jaundice</b>              | 3.1                               | -                           | 7.3                        | -       | 3.9                           |
| <b>Hepatorenalsyndrome</b>   | 1.0                               | -                           | 2.4                        | -       | 2.3                           |
| <b>SBP</b>                   | 0.9                               | -                           | 2.0                        | -       | 2.0                           |





## EPATITE C: Incontro informativo

Hotel Royal Continental  
Via Partenope 38, Napoli  
11 giugno 2016

### CHI SONO OGGI GLI ANZIANI

- Individui con età > 65 anni (definizione arbitrariamente accettata)
- 13.219.074 pari al 21,7% della popolazione
- Indice di vecchiaia 157,7

*Siamo in presenza di uno “tsunami generazionale”, considerato che la popolazione dei nonni (ultra 65enni) supera già adesso quella dei nipoti (meno di 20 anni) e stime accreditate mostrano come tra vent’anni il divario potrebbe allargarsi e poco prima del 2030, avremo anche il sorpasso numerico dei bisnonni (ultraottantenni) rispetto a quella dei pronipoti (meno di dieci anni).*

Cocco F., Frau G., Pibiri R. “ Abitare, assistere, promuovere salute: strategie di progetto per l’invecchiamento attivo”, ESPAnet Italia, Roma, 2012



**Tabella 1a. Percentuale di pazienti (≥65 anni) con dispensazione concomitante di 5-9 farmaci**

| Area geografica | 2017      |           |                   |
|-----------------|-----------|-----------|-------------------|
|                 | Num       | Den       | Valore indicatore |
| Nord            | 1.305.064 | 3.117.716 | 41,9              |
| Centro          | 942.581   | 2.152.933 | 43,8              |
| Sud             | 844.179   | 1.948.424 | 43,3              |
| Italia          | 3.089.906 | 7.214.100 | 42,8              |

**Tabella 1b. Percentuale di pazienti (≥65 anni) con dispensazione concomitante di ≥10 farmaci**

| Area geografica | 2017      |           |                   |
|-----------------|-----------|-----------|-------------------|
|                 | Num       | Den       | Valore indicatore |
| Nord            | 437.824   | 3.117.716 | 14,0              |
| Centro          | 510.796   | 2.152.933 | 23,7              |
| Sud             | 606.483   | 1.948.424 | 31,1              |
| Italia          | 1.555.186 | 7.214.100 | 21,6              |

**Tabella 3. Percentuale di pazienti (≥65 anni) con bassa aderenza al trattamento con antipertensivi**

| Area geografica | 2017    |         |                   |
|-----------------|---------|---------|-------------------|
|                 | Num     | Den     | Valore indicatore |
| Nord            | 85.536  | 459.831 | 18,6              |
| Centro          | 59.849  | 199.171 | 30,0              |
| Sud             | 52.267  | 163.440 | 32,0              |
| Italia          | 197.652 | 822.442 | 24,0              |

**Tabella 4. Percentuale di pazienti (≥65 anni) con bassa aderenza al trattamento con ipoglicemizzanti**

| Area geografica | 2017   |         |                   |
|-----------------|--------|---------|-------------------|
|                 | Num    | Den     | Valore indicatore |
| Nord            | 23.083 | 122.506 | 18,8              |
| Centro          | 21.796 | 68.144  | 32,0              |
| Sud             | 23.048 | 72.123  | 32,0              |
| Italia          | 67.927 | 262.773 | 25,9              |

**Tabella 5. Percentuale di pazienti (≥65 anni) con bassa aderenza al trattamento con antiosteoporotici**

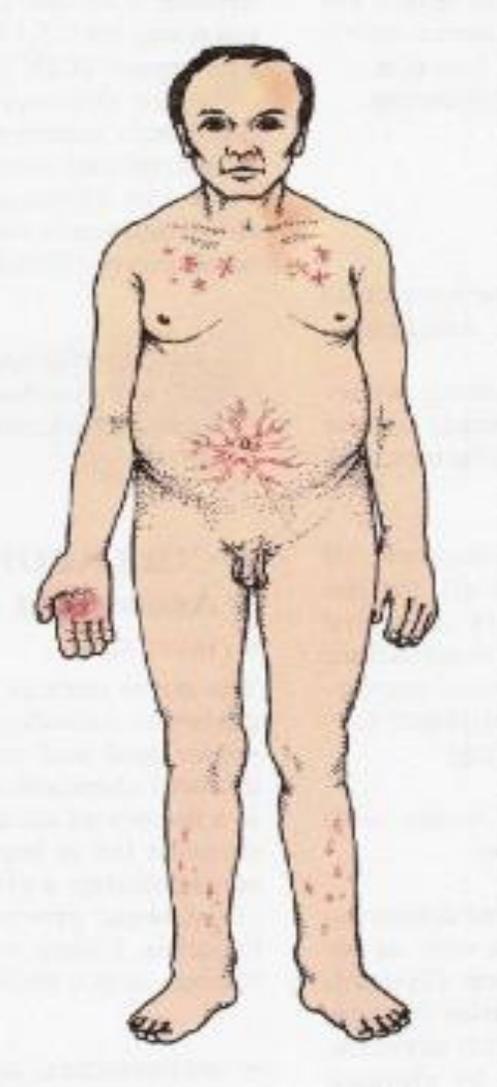
| Area geografica | 2017   |        |                   |
|-----------------|--------|--------|-------------------|
|                 | Num    | Den    | Valore indicatore |
| Nord            | 6.826  | 35.462 | 19,2              |
| Centro          | 6.470  | 24.299 | 26,6              |
| Sud             | 7.009  | 22.589 | 31,0              |
| Italia          | 20.305 | 82.350 | 24,7              |



**Tabella 6. Sotto-prescrizione di statine nei pazienti diabetici**

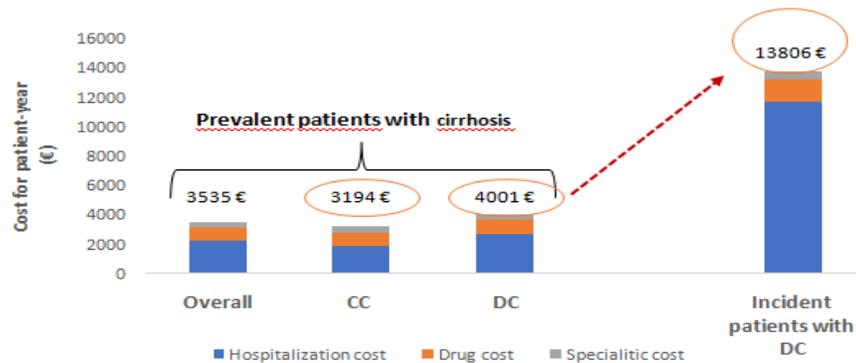


| Area geografica | 2017    |           |                   |
|-----------------|---------|-----------|-------------------|
|                 | Num     | Den       | Valore indicatore |
| Nord            | 208.975 | 481.274   | 43,4              |
| Centro          | 179.130 | 384.042   | 46,6              |
| Sud             | 182.652 | 429.120   | 42,6              |
| Italia          | 570.757 | 1.294.436 | 44,1              |

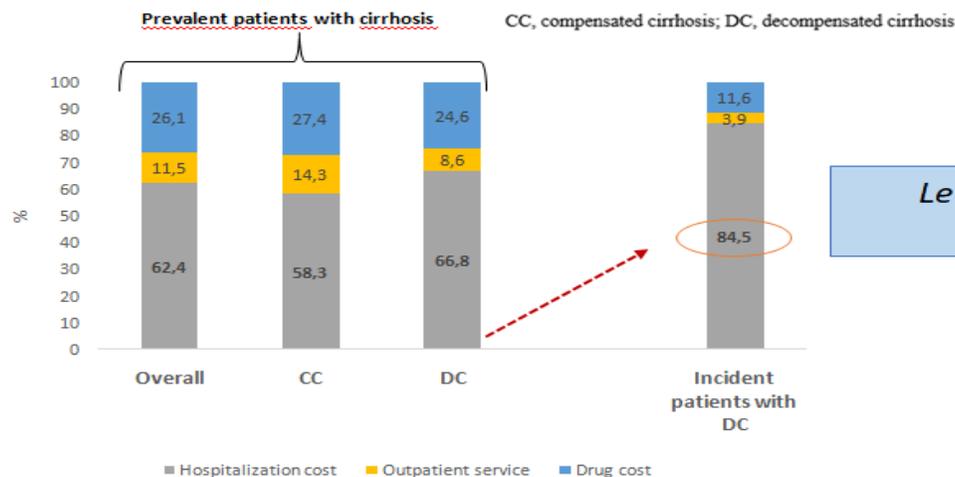


## Burden of compensated and decompensated cirrhosis: real world data from an Italian population-based cohort study

Simona Cammarota and Anna Citarella, Francesca F Bernardi, Ernesto Claar, Marianna Fogliasecca, Valentina Manzo, Valerio Rosato, Bernardo Toraldo, Ugo Trama, Alfredo Valente, Valeria Conti.



*Spesa a carico del SSR in Campania di 73 milioni di euro/anno*



*Le ospedalizzazioni sono il principale cost-driver*

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 21 del 15 Aprile 2019  
...risponde dunque a esigenze locali e prevede il coinvolgimento... che in quell'organizzazione e in quel contesto operano. Se manca questo consenso, che scaturisce da solide collaborazioni ed attività puntualmente integrate, è difficile assicurarne l'applicazione.

Il PDTA diventa, nella sua applicazione, anche un importante strumento di governo clinico ed in particolare di risk management. Il raggiungimento prioritario di obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, che sono propri di un PDTA, consente di affrontare e monitorare anche le problematiche proprie del rischio clinico condividendone ad esempio gli strumenti applicativi attraverso il percorso degli audit.

Rispetto alle LL.GG. che definiscono il "cosa fare", attraverso raccomandazioni di diversa forza, derivate dalle evidenze della letteratura scientifica, il PDTA deve anche definire "chi fa che cosa" "dove, come e quando", il tutto in un percorso valutabile attraverso l'uso di indicatori che consentano di misurare e confrontare gli effetti del percorso sia in relazione agli outcome clinici, sia in relazione a indicatori costo-beneficio. Ciò ha il duplice scopo di confrontare percorsi che si applichino alla stessa condizione clinica in contesti diversi (per esempio in diverse regioni o ASL) e di aggiornare nel tempo i contenuti del PDTA, in relazione al progresso scientifico e tecnologico (aggiornamento delle LL.GG.) ed in conseguenza del monitoraggio degli indicatori di processo ed esito misurati.

Per il paziente, il Percorso Assistenziale è il "cammino" che egli percorre all'interno del SSR, utilizzando piani di cura multiprofessionali e multidisciplinari, che identificano la migliore sequenza di attività necessarie a raggiungere gli obiettivi di salute. In tal senso il PDTA deve prevedere che "le persone giuste" facciano "le cose giuste", nella "sequenza giusta", "nel tempo giusto", "nel posto giusto", con "il giusto esito", e nella prioritaria considerazione del "bisogno di salute del paziente". Obiettivo principale di ogni PDTA è assicurare la centralità del paziente nell'ambito del percorso, facendo sì che ogni attività sia dinamica, facilitando l'accesso alle cure da parte del malato e garantendogli, di fatto, la "prossimità" delle soluzioni per ogni step assistenziale previsto.

Scopi principali da perseguire nella stesura di un PDTA:

1. Eliminare o quantomeno contenere la variabilità non necessaria sia nella fase diagnostica che terapeutica, che può determinare inapproprietezza nell'offerta assistenziale;
2. Assicurare la continuità, il coordinamento dell'assistenza, la riconciliazione terapeutica;
3. Ridurre al minimo i rischi per i pazienti;
4. Migliorare gli esiti delle cure;
5. Eliminare il più possibile ritardi e sprechi.

Fondamentali risultano le fasi di monitoraggio per verificare, in modo continuo e precisamente cadenzato, gli obiettivi raggiunti, le risorse impiegate, le implementazioni possibili, le criticità rilevate e le conseguenti soluzioni applicabili.

La Regione Campania intende rendere omogenea la produzione dei PDTA ed a tal fine produce il presente documento, fornendo indicazioni tecniche e programmatiche per consentire allo strumento PDTA di potersi applicare in maniera vasta e diffusa.

**Burden of compensated and decompensated cirrhosis: real world data from an Italian population-based cohort study**

Simona Cammarota and Anna Citarella, Francesca F Bernardi, Ernesto Claar, Marianna Fogliasecca, Valentina Manzo, Valerio Rosato, Bernardo Toraldo, Ugo Trama, Alfredo Valente, Valeria Conti.

In conclusion, this study highlights those interventions to prevent morbidity and mortality in cirrhotic patients, especially in presence of decompensation stage, are urgently needed. Patients with cirrhosis represent a complex population that can benefit by a systematic multidisciplinary and patient-centred approach. Therefore, the decision makers' efforts should be targeted to define "territorial care models" based on preventive strategies and interventions to improve the quality of care and to delay the progression of disease aiming to a proper allocation of resource.

# Obiettivi del PDTA

- ▶ Individuazione precoce del paziente cirrotico da parte del MMG
- ▶ Uniformità diagnostica - terapeutica - follow up
- ▶ Prevenzione del ritardo nel riferimento del paziente allo specialista
- ▶ Scelta condivisa della strategia di trattamento
- ▶ Sensibilizzazione ed informazione, al paziente ed al caregiver, circa i fattori modificabili
- ▶ Capacità di rispondere alle emergenze
- ▶ Percorso condiviso di gestione per il paziente in fase terminale



## Liver Network *ASL Na1 Centro*.

### A new model of hospital-territory integration since 2006

R. Ruggiero<sup>1</sup>, E. Claar<sup>2</sup>, V. Rosato<sup>2</sup>, V. Narciso<sup>3</sup>, V. Iovinella<sup>4</sup>, A. Ascione<sup>5</sup>, S. Scotto di Santolo<sup>6</sup>, G. De Rosa<sup>7</sup>,  
A. Solano<sup>3</sup>, L. Fontanella<sup>5</sup>, M. Di Pierro<sup>8</sup>, M. Rumieri<sup>9</sup>, L. Castellano<sup>10</sup>, R. Nevola<sup>2</sup>, M. Bruschini<sup>1</sup>, V. Giordano<sup>11</sup>.

1. Integrated assistance network coordination, ASL Na1Centro; 2. Hepatology Unit, Ospedale Evangelico Betania, Naples, Italy; 3. Hepatology Clinic, P.O. Pellegrini, Naples, Italy; 4. Medical Division, P.O. S. Paolo, Naples, Italy; 5. Medicine Unit, Ospedale Fatebenefratelli, Naples, Italy; 6. Hepatology Clinic, P.O. Ospedale del Mare, Naples, Italy; 7. Infectious disease clinic, SERD DSB 31, Naples, Italy; 8. Gastroenterology Clinic, S.P.S. S. Gennaro, Naples, Italy; 9. Medical Division, P.O. S. Giovanni Bosco, Naples, Italy; 10. Hepatology Clinic, ASL Na1 DSB 33, Naples, Italy; 11 Health management, ASL Na1 Centro.

# NETWORK Epatologico

FORMARE IL CAREGIVER DEL PAZIENTE  
CON EPATOPATIA CRONICA:  
Il ruolo dell'AFT nella ricezione del bisogno e  
nel governo integrato delle cure

Aula Direzione generale Osp. Frullone  
Via Comunale del Principe 13/A  
24 GIUGNO 2019  
ore 14.00  
Napoli

# FORMAZIONE del caregiver

PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE  
CON EPATOPATIA CRONICA

Aula Plesso Ulisse C/O Presidio Frullone  
23 SETTEMBRE 2019  
ore 14.30  
Napoli

## La Rete Epatologica ASL Napoli 1 Centro: gli obiettivi

- ▶ *elaborare percorsi assistenziali mirati per gli epatopatici, con condivisione di risorse tra ospedali e territorio, garantendo prese in carico puntuali e soddisfacimento degli effettivi bisogni;*
- ▶ *perseguire l'uniformità delle prestazioni erogate anche attraverso lo scambio di informazioni, con un costante adattamento alle realtà territoriali;*
- ▶ *monitorare con costanza le attività, valutandone l'impatto ed assicurando modifiche, ove necessarie, per il miglioramento dell'intero "sistema" di governo clinico per i pazienti epatopatici.*

# Obiettivi del PDTA

- ▶ Il PDTA prevede una presa in carico **GLOBALE** del paziente attraverso la costante comunicazione/cooperazione tra MMG e Specialista





**Formez** PA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II  
Dipartimento di Sanità Pubblica



**CIRPA**

Centro Interdipartimentale per la ricerca in Diritto,  
Economia e Management della Pubblica Amministrazione

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER DIRETTORI SANITARI E DIRETTORI DI UOC  
DI AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

*Direttore: Dott.ssa Amalia Tito*

## **Project work**

**“ Integrazione Ospedale - Territorio nella gestione della Cirrosi  
Epatica e delle sue Complicanze”**

Gruppo di lavoro:

**dott. Ernesto Claar**

Responsabile UO Epatologia Ospedale Evangelico Betania -  
Napoli

**dott. Antonio Sciambra**

Direttore Sanitario Ospedale Evangelico Betania - Napoli

**Tutor: Dott.ssa Stefania De Simone**

*Napoli, 9 luglio 2021*



**Formez**PA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II  
Dipartimento di Sanità Pubblica



**CIRPA**

Centro Interdipartimentale per la ricerca in Diritto,  
Economia e Management della Pubblica Amministrazione

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER DIRETTORI SANITARI E DIRETTORI DI UOC  
DI AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

*Direttore: Dott.ssa Amalia Tito*

## **Project work**

**“ Integrazione Ospedale - Territorio nella gestione della Cirrosi  
Epatica e delle sue Complicanze”**

***“sviluppare un percorso formativo centrato sul trasferimento  
delle competenze dallo specialista epatologo alle AFT”***

*Napoli, 9 luglio 2021*



Formez<sup>PA</sup>



Identificazione precoce / anamnesi/ fattori di rischio



Esami di I e II livello



NO



Esce dal PDTA

Conferma

SI



Invio allo Specialista, stadiazione e conferma ai fini esenzione



Il paziente può essere seguito prevalentemente dal MMG



Preso in carico MMG  
Counselling



Preso in carico Specialista

## Direttori di Distretto

AFT ↔ 9 Centri Specialistici II livello

27 medici formatori

formare 1 MMG per AFT

180 MMG dotati di ecografo



**SINFONIA**  
SISTEMA INFORMATIVO  
SANITÀ CAMPANIA



Numero AFT per ogni ASL

ASL NA 1 Centro : 31  
ASL NA 2 Nord: 38  
ASL NA 3 Sud: 30  
ASL AVELLINO: 12  
ASL BENEVENTO: 10  
ASL CASERTA: 24  
ASL SALERNO: 37

4200 MMG idonei a prenotare ecografie



Formez<sup>PA</sup>



CIRPA

Centro Interdipartimentale per la ricerca in Diritto,  
Economia e Management della Pubblica Amministrazione

## Solamente il PDTA

*“potrà garantire una reale interazione tra “Medicina del Territorio” e “Medicina Ospedaliera”*

- *diagnosi precoce*
- *appropriatezza del percorso di cura*
- *corretto setting dell'ospedalizzazione*
- *formazione personale sanitario e Caregiver*
- *riduzione degli esami diagnostici*
- *riduzione dei costi dell'assistenza*
- *riduzione della migrazione sanitaria*

