



HOT TOPICS IN CARDIOLOGIA 2024

27 e 28 Novembre 2024

Villa Doria D'Angri - Via F. Petrarca 80,
Napoli

TITOLO: Management Sanitario in
Cardiologia

RELATORE: Prof.ssa Maria Triassi

LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI IN ITALIA

1° CAUSA DI MORTE
44% di tutti i decessi

Prevalenza: 4,4 su 1000 abitanti
23,5% della spesa farmaceutica

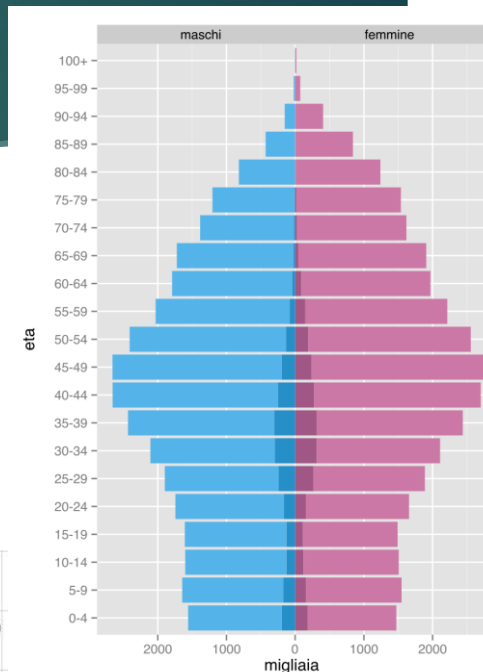
Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la **principale causa di morte nel nostro paese**, essendo responsabili del **44% di tutti i decessi**. In particolare la **cardiopatía ischemica è la prima causa di morte in Italia**, rendendo conto del **28% di tutte le morti**, mentre gli **accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%**, dopo i tumori.

Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società. **In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille** (dati Istat). **Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana** (pari all'1,34 del prodotto interno lordo), è destinata a **farmaci per il sistema cardiovascolare** (Relazione sullo stato di salute del Paese, 2000).

SFIDE DELLA MEDICINA DEL DOMANI

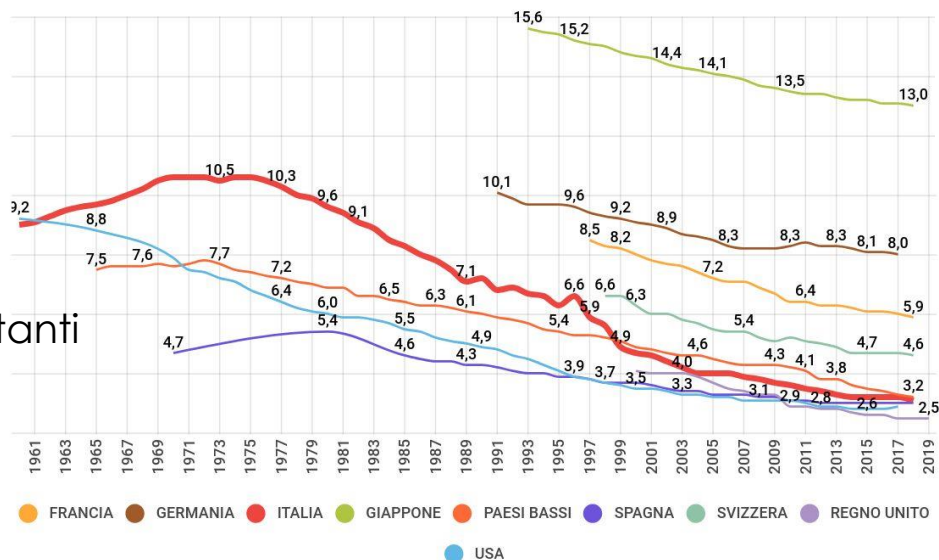
La **Transizione demografica** (inversione demografica - Pluripatologia in 60% degli ultrasessantacinquenni) porterà un cambiamento del paradigma e darà più importanza all'assistenza domiciliare integrata.

La **Visione ospedalocentrica** sta lasciando il posto alla **medicina di prossimità**. Non possiamo più basarci sulla **Medicina di attesa** e curare le patologie che si presentano ma bisogna sviluppare la **Medicina di Iniziativa** e prevenire le patologie.



RIMODULAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Evoluzione del numero di posti letto x 1000 abitanti



SFIDE DELLA MEDICINA DEL DOMANI

Il DM 70/2015

e dell'assistenza ospedaliera

Il PNRR

e la Missione 6 Salute

Il DM 77/2022

e i nuovi modelli per l'assistenza territoriale

INDICATORI DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)

Assistenza Distrettuale

D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento puo' essere considerata come un indicatore proxy di ridotta qualita' complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	
D03C CORE	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in eta' adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Indicatore proxy della ridotta accessibilita' e funzionalita' dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.

Assistenza Ospedaliera

H22C	Mortalita' a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).	Indicatore di esito a breve termine dell'intervento di BPAC, puo' rappresentare una misura di qualita' dell'attivita' delle strutture di cardiocirurgia.
------	---	--

PDTA

PDTA03	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (con ACE inibitori o sartani; con beta-bloccanti) come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)"	L'indicatore misura l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneita' dell'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte
PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	L'indicatore consente di valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. L'aderenza al controllo ecografico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte

PNRR - MISSIONE 6 - SALUTE

MISSIONE 6: SALUTE

COMPONENTI E RISORSE (MILIARDI DI EURO):



15,63
Totale

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E
TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
TERRITORIALE 7,00

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E
DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE 8,63

8,16%

dell'importo
totale del PNRR

Novembre 2024

Milestone totali 44

Raggiunte

34

Da raggiungere

10

Target totali 58

Raggiunti

30

Da raggiungere

28

M6 Salute – € 20,23

• €15,63 RRF + €1,71
REACT-EU + €2,89 F.do
Compl.

COMPONENT 1

Interventi

Component 1 – Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale Interventi

1. Case della Comunità e presa in carico della persona	€ 2
2. Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	€ 4
2.1 Casa come primo luogo di cura: Assistenza Domiciliare	€ 2,72
2.2 Centrali Operative Territoriali (COT)	€ 0,28
2.3 Casa come primo luogo di cura: Telemedicina	€ 1
3. Sviluppo delle cure intermedie	€ 1

Costo stimato
7 miliardi di euro

M6 Salute – € 20,23

- €15,63 RRF + €1,71
REACT-EU + €2,89
F.do Compl.

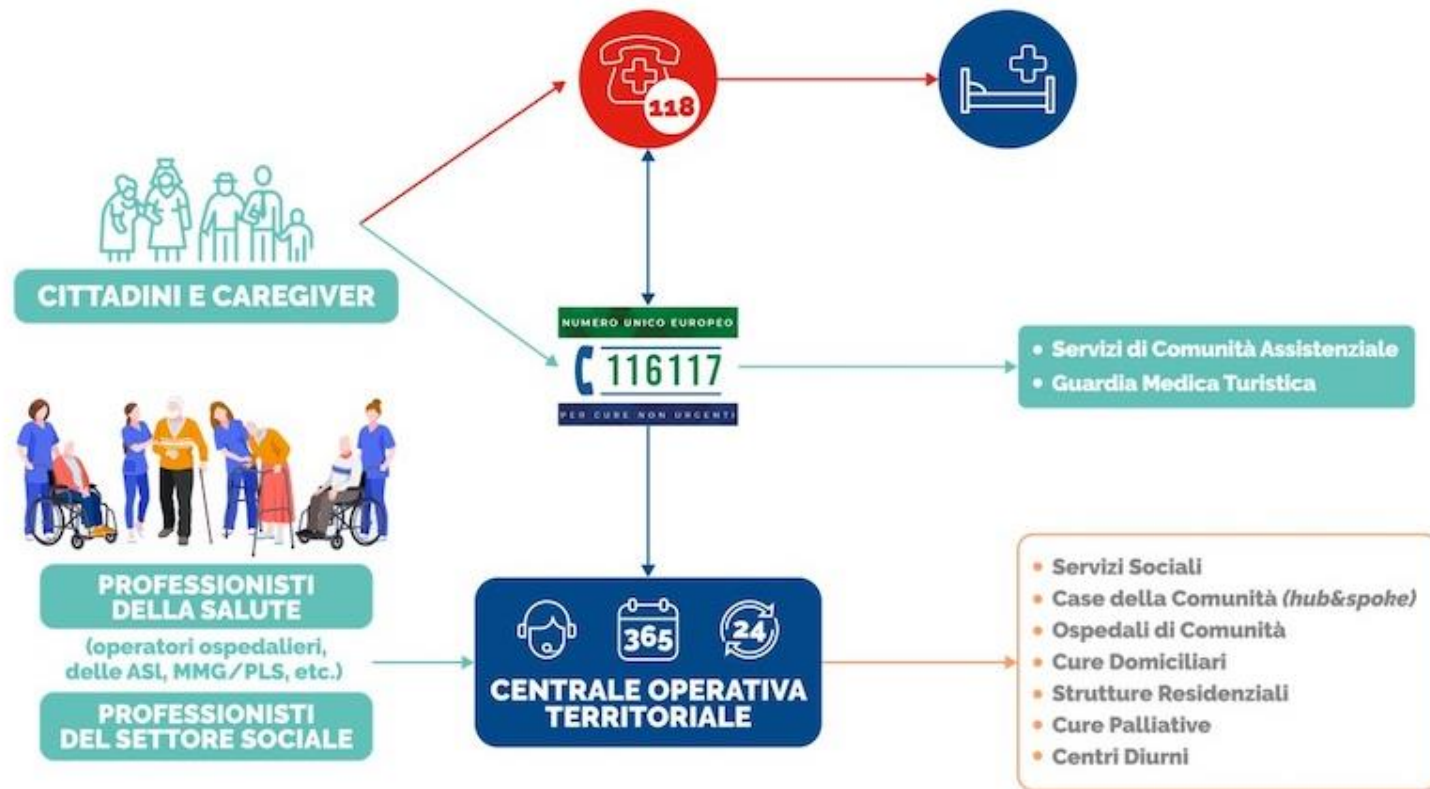
Component 2 – *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN*

Interventi

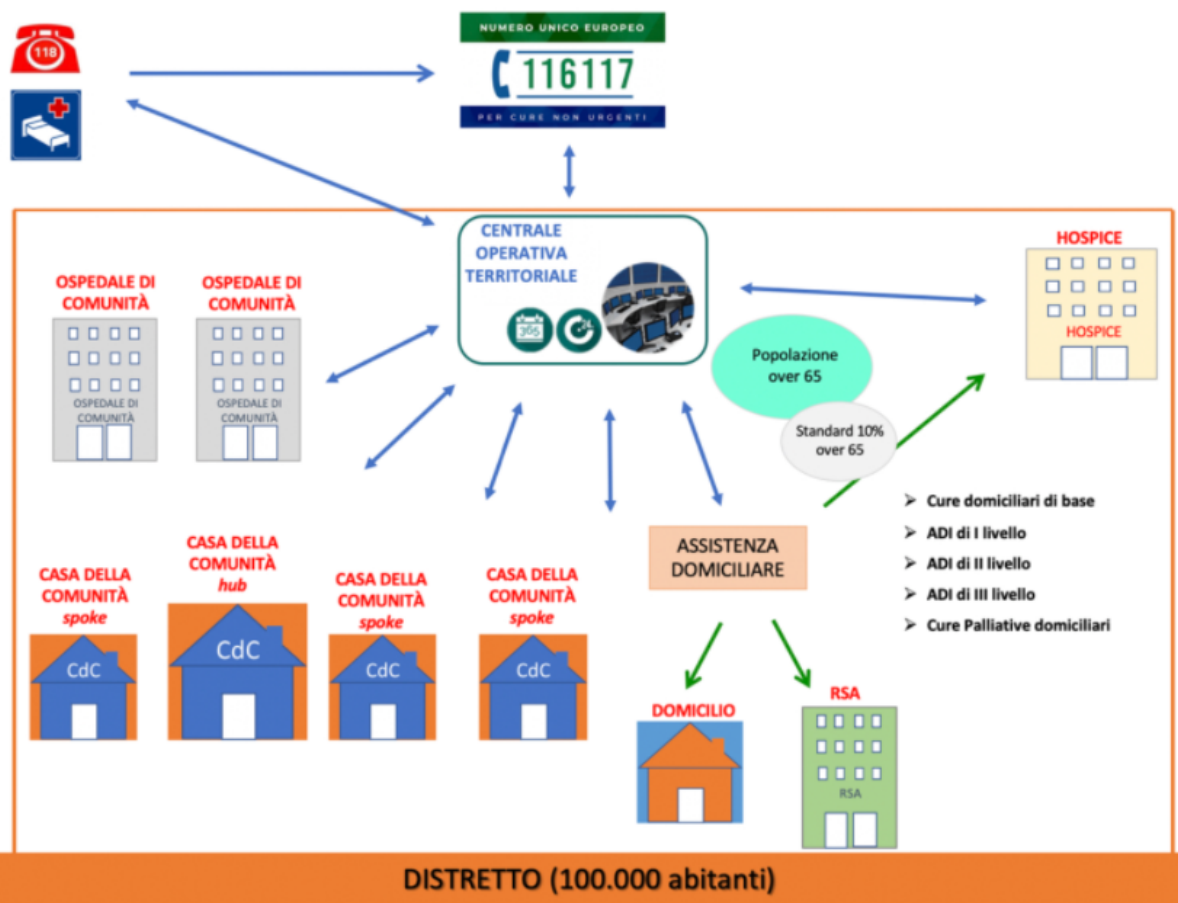
1. Aggiornamento tecnologico e digitale	€ 7,36
Riforma 1.1: Riorganizzare la rete degli IRCCS	-
Intervento 1.1: Ammodernamento digitale delle attrezzature tecnologiche ospedaliere	€ 4,05 di cui €1,41 progetti avviati
Intervento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	€ 1,64 di cui €1 progetti avviati
Intervento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, elaborazione, analisi dati e simulazione	€ 1,67 di cui €0,57 progetti avviati
2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico	€ 1,26
Intervento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	€ 0,52
Intervento 2.2: Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale SSN	€ 0,74

**Costo stimato
8,63 miliardi di euro**

IL NUMERO UNICO EUROPEO, IL 118/112 E IL COT

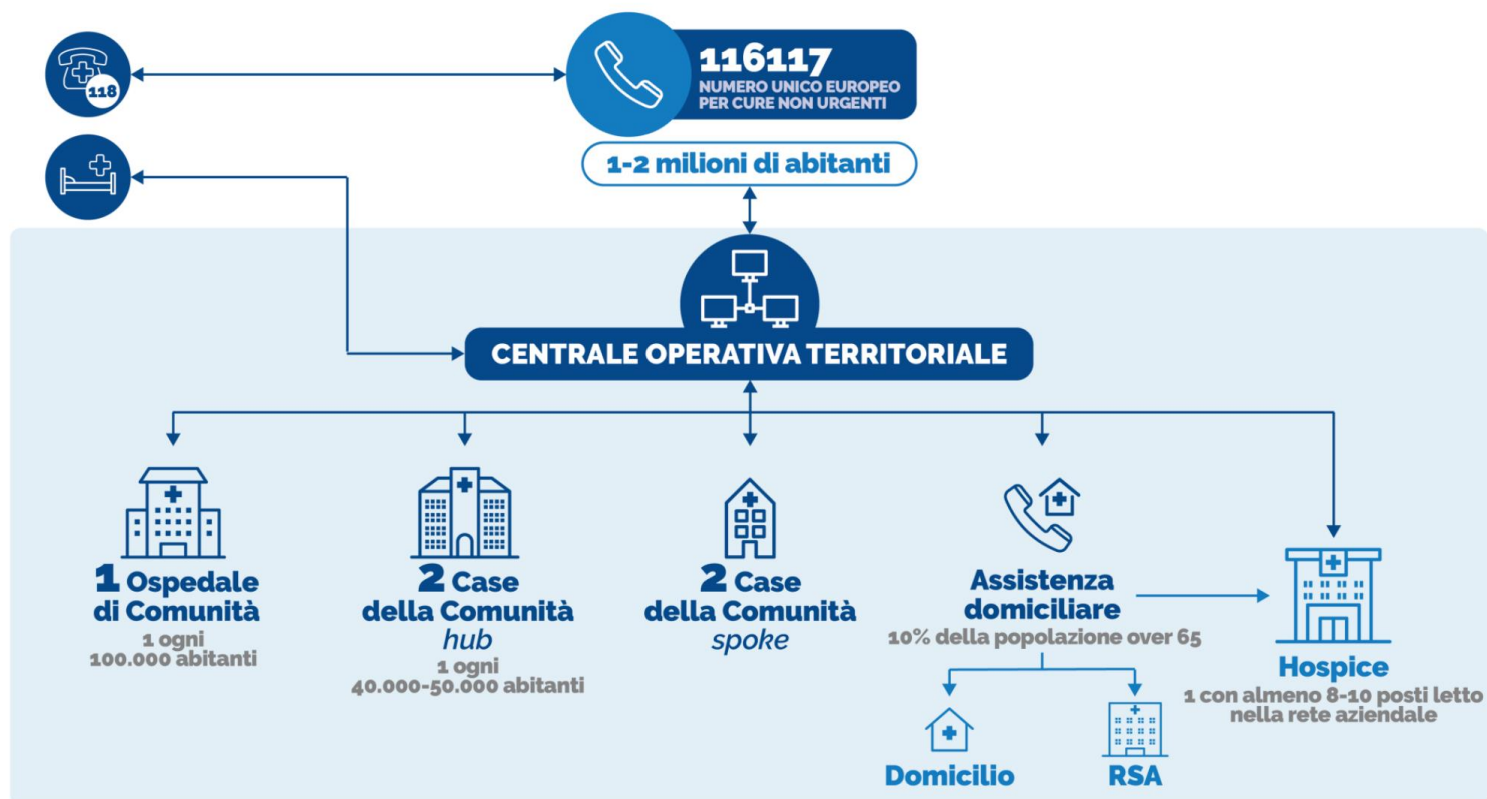


ASSISTENZA TERRITORIALE



Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.

Il Distretto: funzioni e standard



LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)



REALIZZAZIONE DI 600 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)



1 COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore

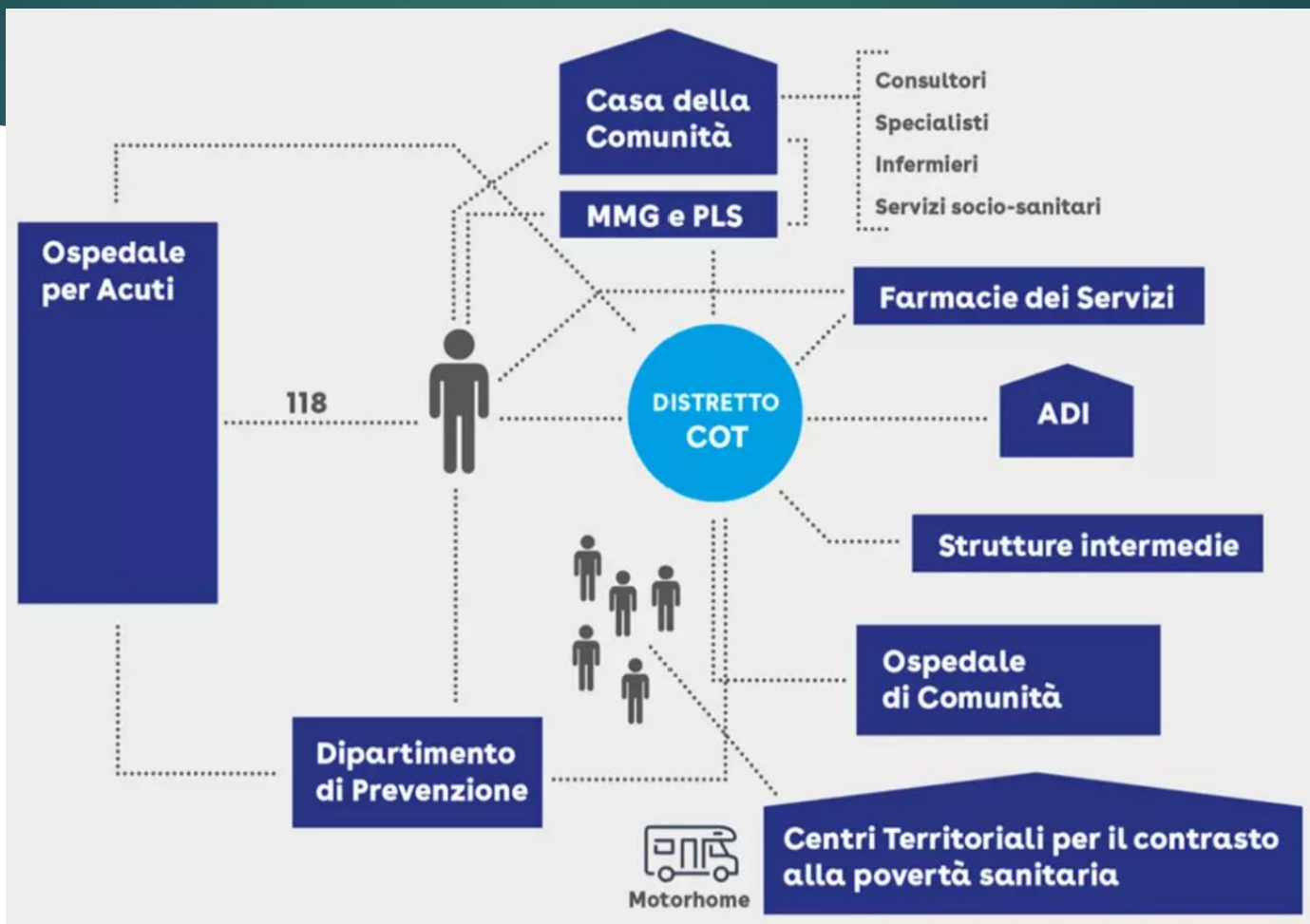


1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto

Modello organizzativo

Funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza.

ASSISTENZA TERRITORIALE



CASE DELLA COMUNITA'



REALIZZAZIONE DI 1.350 CASE DELLA COMUNITÀ HUB



1 CdC Hub ogni 40.000 - 50.000 abitanti

“il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione ed l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”.

Modello organizzativo

- **Organizzazione capillare su tutto il territorio.**
Struttura fisica in cui opera un'équipe multiprofessionale di:
 - MMG e PLS
 - Medici specialisti
 - Infermieri di Famiglia o Comunità
 - Assistenti sociali e altri professionisti della salute
- **Punto di riferimento continuativo per la popolazione che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso:**
 - Un'infrastruttura informatica
 - Un punto prelievi
 - La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base

CASE DELLA COMUNITA'

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	RACCOMANDATO

L'ASSISTENZA DOMICILIARE E LA TELEMEDICINA



CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA



10% della popolazione over 65

Modello organizzativo

Presenza di personale sanitario 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 (normativa nazionale e regionale vigente), ivi compresi i servizi di telemedicina.

La programmazione degli accessi dei professionisti sanitari a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana.



TELEMEDICINA PER UN MIGLIORE SUPPORTO AI PAZIENTI CRONICI



- Incentivare l'adozione della telemedicina durante tutto il percorso di cura con particolare attenzione ai casi cronici.
- Integrare le soluzioni di telemedicina con i sistemi digitali sanitari in particolare con Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Misurare gli interventi e incentivare quelli migliori, perché estendano i loro servizi a più regioni del SSN.

Target europei

- Dicembre 2023 - Almeno un progetto per regione/PA
- Dicembre 2025 - Almeno 200.000 persone assistite con la telemedicina

L'ASSISTENZA DOMICILIARE E LA TELEMEDICINA

1.2.3

Aspetti informatici e tecnologici

Piattaforma di telemedicina

Utilizzo standard internazionali per la gestione dei dati

Soluzioni di telemedicina

Telemonitoraggio/telecontrollo nel paziente con patologie cardiologiche, respiratorie e diabete

Telemonitoraggio/telecontrollo nel paziente neurologico

Telemonitoraggio/telecontrollo nel paziente oncologico

Televisita, teleconsulto, teleassistenza

Obiettivi 2026

Integrazione delle soluzioni di Telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telecontrollo e teleassistenza) nel SSN.

- Flussi di dati amministrativi e clinici
- Interoperabilità semantica
- Valore predittivo per la presa in carico della comunità

L'OSPEDALE DI COMUNITA'

1.3



REALIZZAZIONE DI 400 OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)



1 OdC da 20 posti letto ogni 100.000 abitanti



- 7-9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico)
- 4-6 operatori socio-sanitari
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative
- 1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Modello Organizzativo

Presenza di personale sanitario 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, destinata a ricoveri brevi di pazienti, che necessitano di interventi sanitari di media/bassa intensità clinica.

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20 ed è possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre (massimo 40 posti letto).

La metodologia ha permesso di individuare lo standard minimo per le figure dell'infermiere e del fisioterapista

Standard minimi

0,9 Infermieri
ogni 1.000 abitanti over-65

0,2 Fisioterapisti
ogni 1.000 abitanti over-65

Precisazioni

- ▶ Concorrono a determinare il fabbisogno di infermieri anche le **prestazioni di bassa intensità che è stato previsto vengano erogate dalla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità**; parte del fabbisogno è quindi ricompreso nel fabbisogno aggiuntivo stimato per tale figura professionale.
- ▶ Il **fabbisogno** individuato **rappresenta una stima del fabbisogno complessivo di tutto il sistema e non solo dei servizi direttamente erogati dagli Enti pubblici** e non tiene pertanto conto dell'eventuale ricorso, da parte delle regioni, del privato (anche accreditato) nella fornitura del servizio.
- ▶ **Gli standard del territorio prevedono già degli standard specifici per i fisioterapisti**; pertanto il fabbisogno, qui proposto per tale figura, dovrà essere considerato in una più ampia ottica di relazione con gli altri setting esistenti sul territorio.

FOCUS: LA GESTIONE DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE NEL NUOVO PARADIGMA ASSISTENZIALE

DURANTE LA PANDEMIA



MALATTIE CARDIOVASCOLARI

1° CAUSA DI MORTE



**MANCATA ACCESSIBILITA'
OSPEDALIERA**

FOCUS: LA GESTIONE DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE NEL NUOVO PARADIGMA ASSISTENZIALE

FUTURO



FOCUS: LA GESTIONE DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE NEL NUOVO PARADIGMA ASSISTENZIALE

HUB

e

SPOKE

ENTRAMBI PREVEDONO COMPETENZE CARDIOLOGICHE


PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI


*ELABORAZIONE DEL PERCORSO PERSONALIZZATO ANCHE CON
UTILIZZO DI TELEVISITE E AUTOMONITORIAGGIO*

FOCUS: LA GESTIONE DELLA PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE NEL NUOVO PARADIGMA ASSISTENZIALE

SFIDE / OPPORTUNITA' DEL FUTURO

DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE
OSPEDALE/TERRITORIO PER INTENSITA' DI CURE:

1. RETE PER BACINO DI UTENZA  **CONOSCENZA
EPIDEMIOLOGICA (BIG DATA E
SUO AGGIORNAMENTO)**
ANALISI DEI BISOGNI
2. PARTECIPAZIONE DI DIPARTIMENTI NON CARDIOLOGICI
3. SINERGIA CON I DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE PER LE ATTIVITÀ DI
SCREENING CARDIOVASCOLARE
4. UTILIZZO DEL BIG DATA PER IL RIDIMENSIONAMENTO E LA VALUTAZIONE
DELL'EFFICACIA DELL'OFFERTA IN TERMINI DI SALUTE (*FSE, REGISTRI,
IMAGING*)



Lo screening
cardiovascolare
organizzato dai
Dipartimenti di
Prevenzione

LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI: IL MODELLO VENETO

Screening «**Cardio 50**»



Programma organizzato di
**screening del rischio
cardiovascolare** finalizzato alla
**prevenzione attiva nei soggetti
50enni** (Cardio 50)

Scopo: individuare nella **popolazione 50enne**, coloro che, senza saperlo, hanno **fattori di rischio per malattie cardiovascolari** e suggerire **azioni per ridurli o eliminarli** con possibili interventi preventivi orientati alla loro correzione (sedentarietà, fumo, scorretta alimentazione, ipertensione)

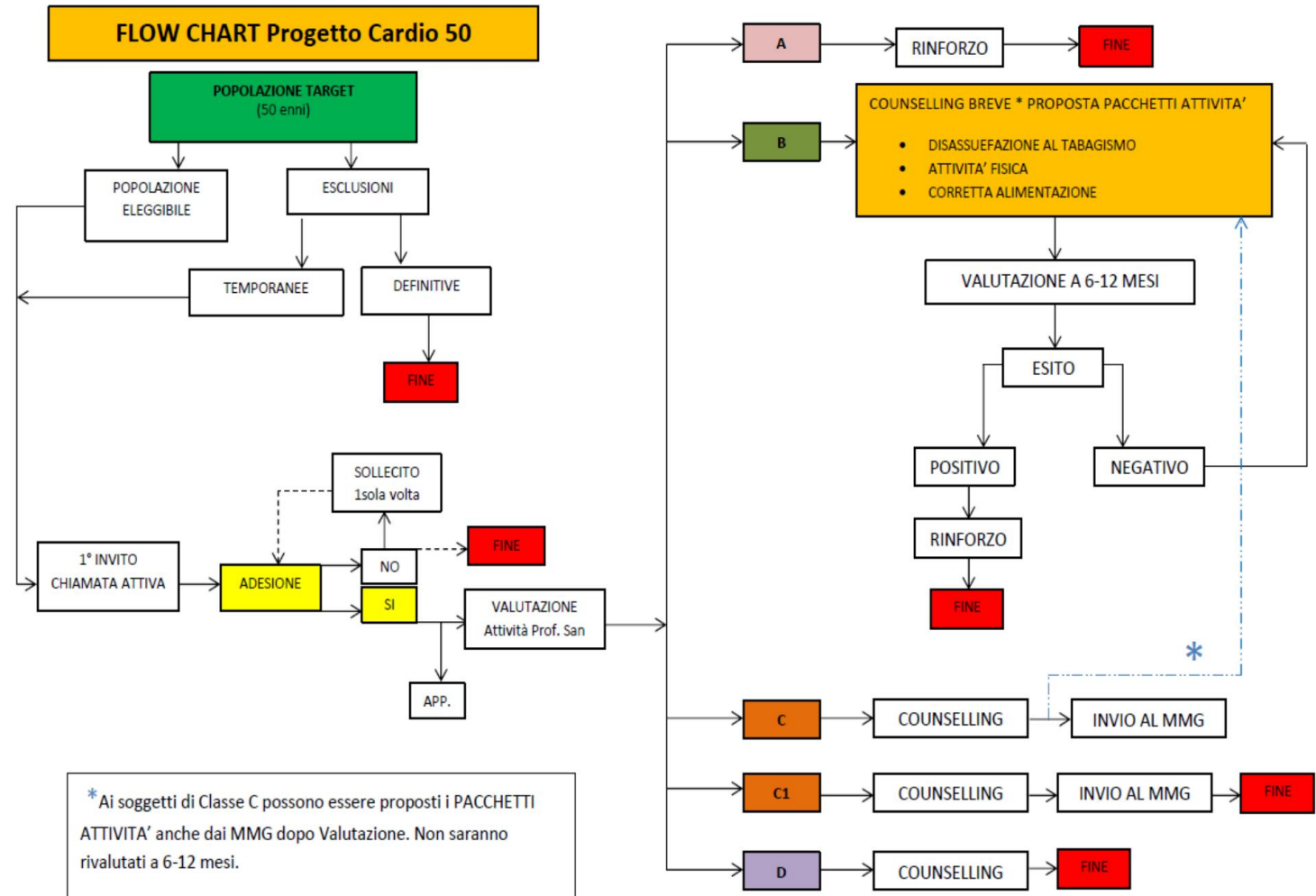


REGIONE DEL VENETO



Regione del Veneto
Coordinamento Regionale
per la prevenzione e il
Controllo delle Malattie

LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI



RIFLESSIONI FINALI

Aspetti centrali della nuova organizzazione

- La riforma **potenzia e riorganizza l'assistenza territoriale**
- Riorganizzazione incentrata sulla **gestione territoriale dell'emergenze e delle cronicità**
- La **presa in carico più accessibile a 360°** e interconnessione emergenza-ospedale-territorio
- **Promozione della prevenzione** primaria, secondaria e terziaria per gli eventi cardiovascolari coordinata dai **Dipartimenti di Prevenzione**

Criticità da affrontare

- Necessità di **migliorare le strategie di comunicazione e di prevenzione**
- **Carenze in medicina generale** per i pensionamenti in massa
- Necessità di **qualificare la rete delle emergenze e dei pronti soccorsi**
- **Formazione del personale**: PNRR finanzia solo strutture ma non assunzioni né aggiornamenti
- **Uso delle tecnologie** da parte dei professionisti se non adeguatamente formati
- La tecnologia non sostituisce ma integra il rapporto umano tra professionista