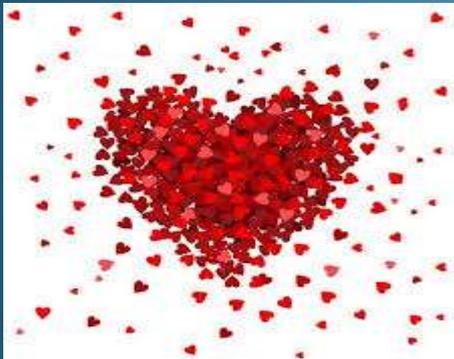


La continuità assistenziale in cardiologia: nuovi modelli di integrazione ospedale-territorio



F. Brescia

Dipartimento Assistenza Primaria e Intermedia ASL BARI
UOSVD Cardiologia delle malattie cardiache croniche
Congresso Card Puglia Polignano 16-17 aprile 2015

In questi ultimi anni la domanda di salute dei cittadini si è evoluta

sono emerse dall'epidemiologia nuove esigenze di cura e di assistenza legate alla cronicità



Epidemia di malattie cardiovascolari degenerative



Necessità di adeguare il sistema di cura ai nuovi bisogni
Legati alla cronicità





Nel mondo occidentale, compresa l'Italia, la popolazione sta invecchiando

Gli interessi della cardiologia devono rinnovarsi perché il cardiopatico cronico è un problema



TEMISTOCLE

(hearT failure epideMIological STudy FADOI-ANMCO in itaLian pEople)

Lo studio Temistocle come strumento di analisi dei percorsi extraospedalieri del paziente con SCC

- Follow-up non sistematico (M49%, C68%)
- Non sembra emergere un percorso diagnostico-terapeutico integrato tra ospedale e territorio, in continuità assistenziale
- 40% dei fattori precipitanti lo SCC sarebbero rimovibili (terapie inappropriate, compliance, PA non controllata, stile di vita inadeguato)

Lo studio TEMISTOCLE dell'ANMCO ha analizzato i percorsi extraospedalieri dei pazienti con scompenso cardiaco. Dall'indagine è emerso che nel nostro Paese non esiste un follow-up sistematico per questi pazienti, non vi sono programmi che assicurano la loro **continuità assistenziale**

Ma cos'è la continuità assistenziale ?

A livello internazionale c'è una gran confusione nella sua definizione. Infatti, sono spesso usati come sinonimi: continuità della cura, coordinazione della cura, piano di dimissione, case management, integrazione dei servizi, patient/client care, cure condivise, integrated care, seamless, streamlined ecc.

La continuità assistenziale

Un progetto unitario di “care” cioè di prendersi cura e di presa in carico delle persone che deve essere personalizzato, multidisciplinare, con coinvolgimento

- MMG
- Specialisti
- Personale non medico
- Servizi sociali



INTEGRAZIONE DEI SERVIZI



TERRITORIO

UTIC

DEGENZA

RIABILITAZIONE

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale

- un programma centrato sulla persona, ma con integrazione fra specialisti diversi
- standardizzazione del processo di cura con interventi di provata efficacia





Progetto di Telemonitoraggio, Teleconsulto e
Teleassistenza nella gestione di pazienti con
Scompenso Cardiaco e
Malattie Polmonari Croniche





Il 20 Ottobre 2014 la ASL Bari ha avviato il Progetto TELESCOPICO rivolto a pazienti con patologie croniche, in particolare con scompenso cardiaco cronico e BPCO, a rischio di instabilità clinica



Il Progetto prevede un collegamento continuo tra centri specialistici ospedalieri ed ambulatori di medicina generale

Tale collegamento consente il monitoraggio dei parametri clinici e strumentali dei pazienti afferenti agli ambulatori e rende possibile il teleconsulto tra MMG e specialista ospedaliero

Obiettivi del progetto

- Ridurre le fasi di instabilizzazione dei pazienti con SC e con Malattie Polmonari croniche (MPC)
- Ridurre le reospedalizzazioni
- Ottimizzare la terapia
- Favorire la gestione integrata tra Osp. e Territorio
- Formare figure infermieristiche specializzate
- Valutare il gradimento del MMG e dei pazienti su tale tipo di gestione
- Valutare il rapporto costo/efficacia

Criteri di inclusione

- Pz con ricovero per SC e/o MPC nell'ultimo anno in diagnosi principale e secondaria
- di qualsiasi età
- in classe NYHA II-III per paz con SC
- In fascia di gravità C-D o II-III-IV Gold funzionale per BPCO
- in grado di recarsi presso l'ambulatorio del MMG

Criteri di esclusione

- impossibilità a raggiungere l'ambulatorio del MMG
- mancato consenso a sottoporsi a visite di controllo periodiche secondo il protocollo

Il Progetto Telescopico Prevede

- La partecipazione di 5 U.O. di Cardiologia e Pneumologia della ASL BA e di 6 studi associati di MMG
- L'arruolamento di pazienti affetti da SC e MPC (BPCO)
- Il Follow-up attraverso telemonitoraggio teleconsulto e teleassistenza

La tecnologia a servizio

Il Sistema di telemedicina

H@H Hospital at Home



Sensori e Gas medicali

Saturazione di ossigeno - SpO2

Range di Misura 30%; 100% (Accuratezza $\pm 1,5\%$)

Elettrocardiogramma - ECG

Configurazioni disponibili III o V Derivazioni + CHEST

Temperatura - T1 e T2

Range di Misura 20,0°; 44,0°C (Accuratezza $\pm 0,1^\circ\text{C}$)

Pressione - NIBP

Range di Misura per Adulto SYS: 25; 280 mmHg / DIA: 10 - 220 mmHg

Battiti cardiaci - HR

Range di Misura 30; 250 bpm

Ossigeno

Range Flusso 0; 5 l/min

Concentrazione di ossigeno $\geq 90\%$

Pressione di uscita + 0,3 bar

Vuoto Endocavitario

Pressione in ingresso - 0,8 bar

Il fabbricante si riserva il diritto di cambiare e/o modificare, se necessario, configurazioni senza preavviso.

PROGETTO FOLLOW UP PAZIENTI POST SCA



LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE IN ITALIA

- Nel 2012 vi sono stati in Italia 613.520 decessi con un tasso standardizzato di mortalità di 92,2 individui per diecimila residenti. La tendenza recente è caratterizzata da una riduzione dei tassi (-6% rispetto al 2007), ma da un aumento del numero dei decessi (+7%) per effetto dell'invecchiamento della popolazione.

- Le cause di morte più frequenti in Italia sono le malattie ischemiche del cuore (75.098 casi), le malattie cerebrovascolari (61.255) e altre malattie del cuore (48.384).

- I tumori maligni figurano tra le principali cause di morte. Tra questi, con 33.538 decessi quelli che colpiscono il sistema circolatorio (15.500) e gli 84 (84 donne), le malattie ischemiche e le altre malattie del cuore (15.038) e i tumori maligni del sistema circolatorio (15.038).

- Demenza e Malattia di Alzheimer nel 2012 con 26.559 decessi.

- Considerando le frequenze di decessi per demenza e Malattia di Alzheimer, uomini e donne, i tumori maligni del bronchio e delle vie respiratorie.

- Tra i tumori specifici per genere quelli della prostata sono la decima causa di morte tra gli uomini (7.282 decessi), mentre quelli del seno sono la settima causa tra le donne (12.004 decessi), e la più frequente di natura oncologica.

- Tra i 793 decessi dei bambini (1-14 anni) prevalgono le malformazioni congenite e le leucemie.

- Gli accidenti da trasporto rappresentano la principale causa di morte tra 15 e 24 anni (un terzo dei 1.321 decessi nei ragazzi, un quarto dei 464 decessi nelle ragazze) seguita dai suicidi.

- Nelle fasce di età centrali della vita (25-64 anni), i tumori maligni sono le cause di morte principali. Tra le altre cause, si rileva una maggiore frequenza di morti di natura violenta e cardiovascolare tra gli uomini rispetto alle donne.

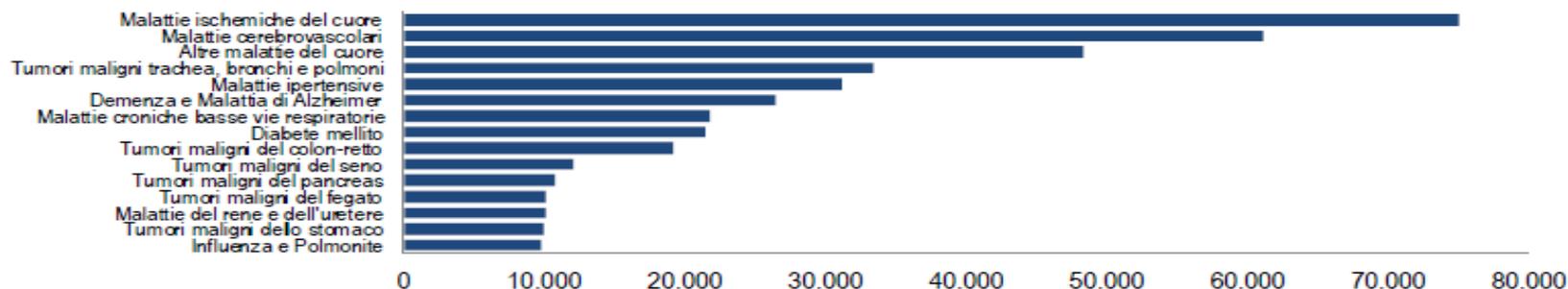
5 e gli 84 donne), le malattie e i tumori

le cause sistema e (includere i tumori, ma tra decessi per

<http://www.istat.it>
 Centro diffusione dati
 tel. +39 06 4673.3102
 Ufficio stampa
 tel. +39 06 4673.2243-44
ufficiostampa@istat.it

- Nel Nord e Centro demenze e malattia di Alzheimer, influenza e polmonite hanno un peso maggiore rispetto al Sud, dove invece risulta più elevato quello del diabete mellito.

FIGURA 1. LE 15 PRINCIPALI CAUSE DI MORTE IN ITALIA. NUMERO DI DECESSI, ANNO 2012.



Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE

L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche

Commissione ANMCO/GICR-IACPR/GISE

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Società Italiana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR)
Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE)

Cesare Greco, Francesco M. Bovenzi, Sergio Berti, Maurizio Abrignani, Francesco Bedogni, Roberto Ceravolo, Furio Colivicchi, Leonardo De Luca, Pompilio Faggiano, Francesco Fattiolli, Giuseppe Favretto, Pantaleo Giannuzzi, Gian Francesco Mureddu, Giuseppe Musumeci, Zoran Olivari, Carmine Riccio, Roberta Rossini, Pier Luigi Temporelli

con l'endorsement di:

ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali)
ANCE (Cardiologia Italiana del Territorio)
SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)

realizzato con il contributo scientifico di:

Fulvia Seccareccia e Stefano Rosato

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Volume 15 — Suppl. 1 al n. 1
Gennaio 2014
www.giornaledicardiologia.it

“Negli ultimi anni si sono verificate significative modificazioni dell’epidemiologia clinica dell’infarto miocardico, che hanno interessato sia la fase acuta che quella post-acuta. A fronte della progressiva riduzione della mortalità intraospedaliera, l’andamento della mortalità post-ospedaliera è risultato sorprendentemente stabile o addirittura in incremento in diversi studi europei e nordamericani”

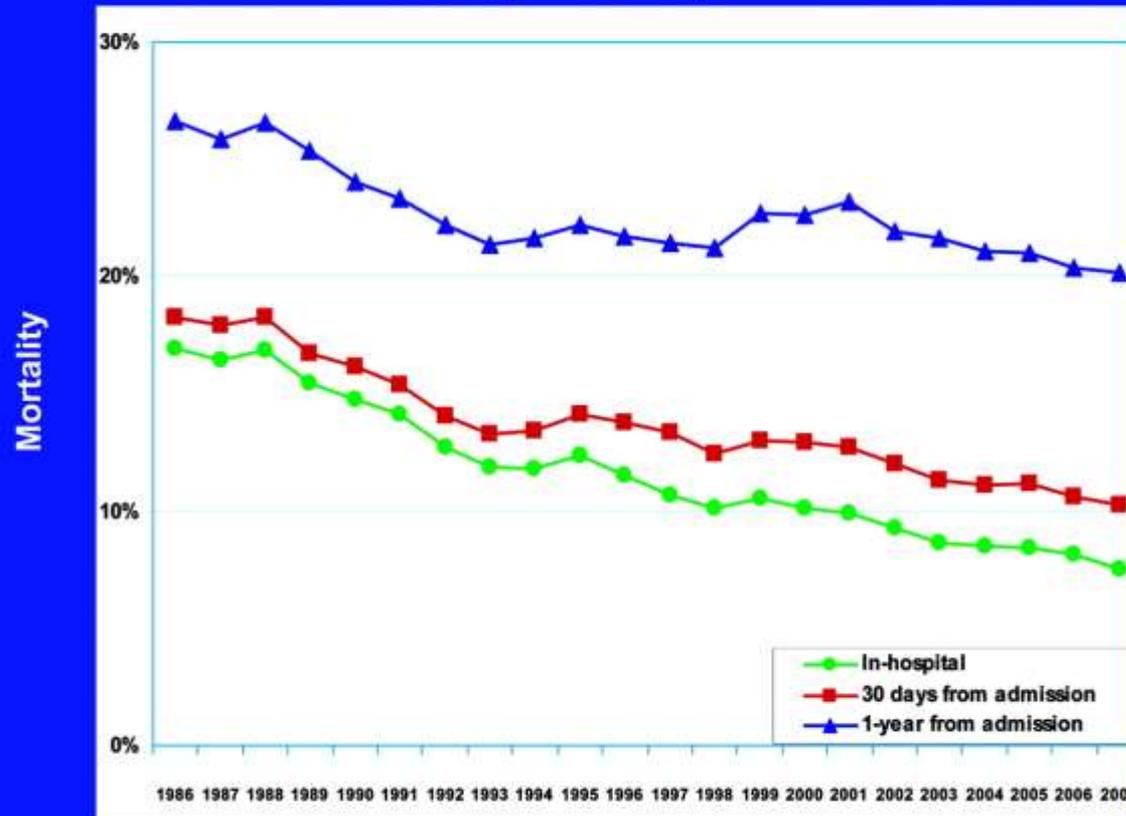
G.It. Cardiologia Volume 15 Suppl 1 al n.1 Gennaio 2014

“Uno studio su di una popolazione del New Jersey ha documentato più analiticamente che nel periodo dal 1986 al 2007 la mortalità intraospedaliera si è andata riducendo costantemente, mentre quella dalla dimissione al primo mese e al primo anno andava invece progressivamente aumentando,,

G.It.Cardiologia Volume 15 Suppl 1 al n.1 Gennaio 2014

In hospital (lower line, circles), 30-day (middle line, squares), and 1-year (upper line, triangles) mortality of patients admitted with a first AMI in New Jersey hospitals for the years 1986 to 2007.

Mortality of First AMI in New Jersey at Discharge, at 30 Days and at 1 Year (1986 – 2007)



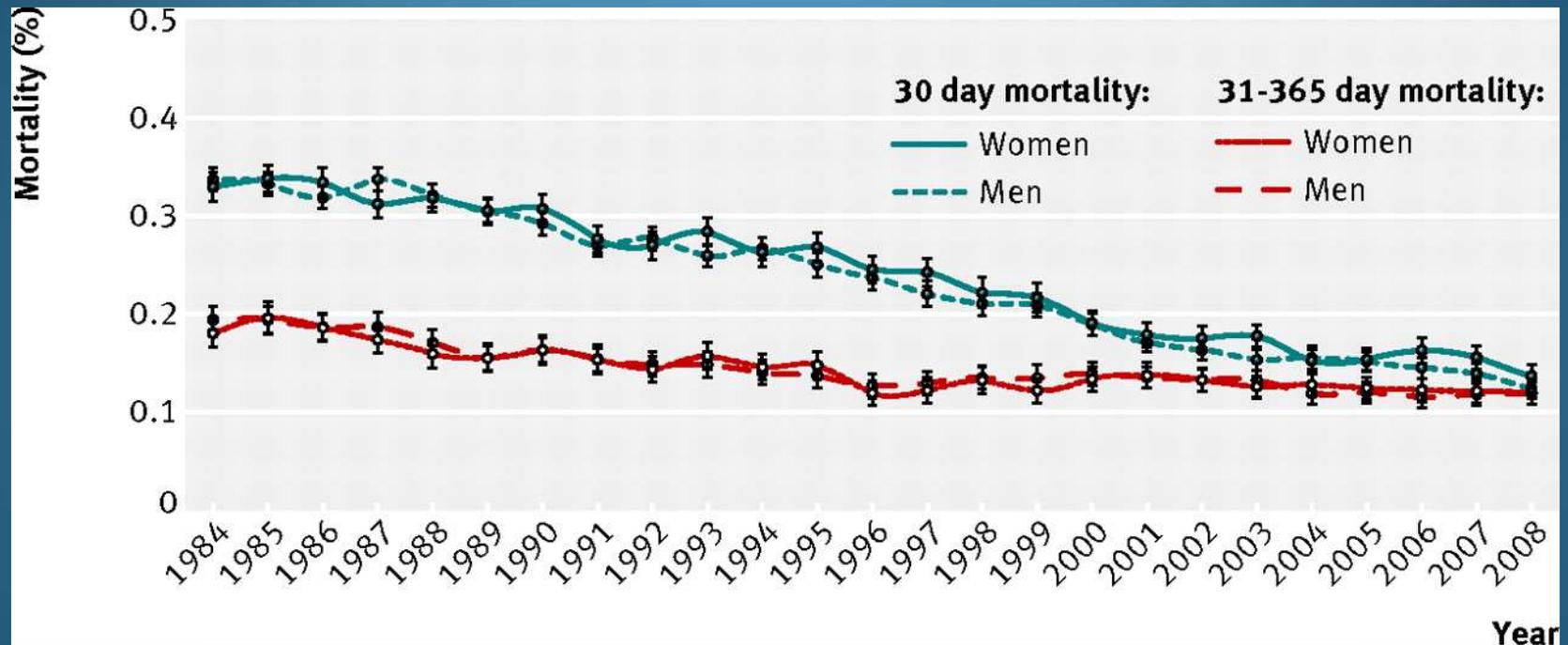
William J. Kostis et al. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3:581-589



“Un’analisi di tutti i casi di primo infarto miocardico acuto (IMA) ricoverati in Danimarca dal 1995 al 2006, ad esempio, ha documentato una progressiva riduzione delle mortalità a 30 giorni ed una sostanziale stabilità di quella intercorsa tra il 31° giorno ed il primo anno, fenomeno per cui le due curve di mortalità si sono incrociate proprio negli ultimi anni ¹,,

G.It.Cardiologia Volume 15 Suppl 1 al n.1 Gennaio 2014

Fig 3 Standardised 30 day and 31–365 day mortality after first time hospitalisation for myocardial infarction among men and women between 1984 and 2008.



Il Panel ritiene che la condivisione dei protocolli gestionali della fase post-acuta sia condizione indispensabile per la realizzazione dei programmi di prevenzione secondaria/riabilitazione in un determinato territorio.

“In conclusione, il Panel concorda che:

1. la gestione ottimale del paziente con SCA prevede percorsi condivisi di prevenzione secondaria/riabilitazione da svolgersi nel contesto di una rete strutturata del postacuto/cronico;
2. **le strutture** coinvolte sono le cardiologie degli ospedali per acuti, i centri di CR e **gli ambulatori di cardiologia ospedalieri o territoriali**;
3. **gli attori** coinvolti sono **cardiologi, delle acuzie e non, figure sanitarie non mediche, in primis infermieri, ed i medici di medicina generale**;

4. “ i percorsi assistenziali devono essere concordati dagli attori sulla base dei reali bisogni del paziente, ma prendendo in considerazione le risorse disponibili e gli aspetti/criticità logistico-strutturali presenti localmente, ferma restando la necessità per tutti i reparti di cardiologia per acuti di poter inviare alcune categorie di pazienti ad alto rischio direttamente ad una cardiologia riabilitativa in regime degenziale;
5. per tutti i pazienti, in particolare nell’assistenza successiva al periodo post-acuto, è di particolare importanza l’interazione con **il medico di medicina generale,,**

FOLLOW UP PAZIENTI POST SCA

PREMESSE

La cardiopatia ischemica, nonostante l'evoluzione delle strategie terapeutiche farmacologiche ed invasive, rimane la principale causa di morte nel mondo occidentale.

Nel corso degli ultimi decenni, grazie all'utilizzo della riperfusione meccanica e all'introduzione di nuove terapie farmacologiche, è aumentata la sopravvivenza dei pazienti con Sindrome coronarica acuta.

Rimane ancora alta, invece, l'incidenza di eventi cardiovascolari e la mortalità a 30 gg, a 6 mesi e ad un anno dalla SCA, anche per un'inadeguata presa in carico e per una insufficiente continuità assistenziale dei pazienti ischemici dopo l'evento acuto.

PREMESSE

Mancano dati di appropriatezza e di esito relativi sia alla fase acuta che al follow-up dei pazienti cardiopatici ischemici .

Incidenza delle varie forme di sindromi coronariche acute (SCA) per milione di abitanti per anno

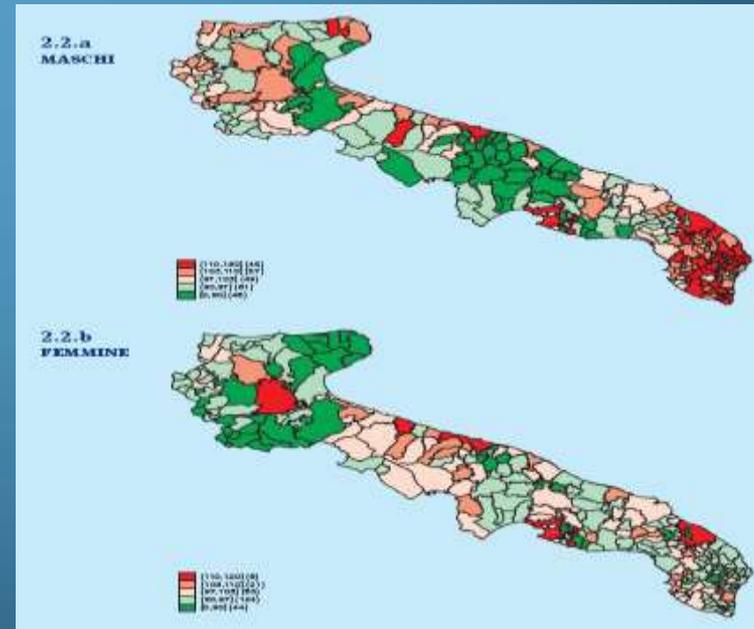
DATI NAZIONALI

- 600/700 infarti miocardici acuti con ST sopraslivellato (STEMI)
- 1000 infarti miocardici acuti senza ST sopraslivellato e angina instabile (UA/NSTEMI).



DATI REGIONALI

L'organizzazione della rete 118/STEMI della Regione Puglia e della Provincia di Bari ha consentito l'esecuzione di angioplastiche primarie ad un numero crescente di pazienti affetti da STEMI, portando la Puglia a raggiungere le 600 PTCA primarie/milione di abitanti, in linea con la media nazionale.



FOLLOW UP PAZIENTI POST SCA

La necessità di garantire assistenza ambulatoriale a tutti i pazienti dopo l'evento acuto, impone il coinvolgimento dei cardiologi dei centri SPOKE e dei cardiologi territoriali nel periodo postdimissione



OBIETTIVI DEL FOLLOW UP

- Migliorare l'adesione alle modifiche dello stile di vita e alle terapie consigliate
- Favorire il raggiungimento dei target previsti dalle LG
- Assicurare continuità assistenziale dal momento della dimissione ospedaliera alla presa in carico nel territorio;
- Escludere dalle liste di attesa ordinarie e prevedere percorsi preferenziali per i pazienti affetti da grave patologia cardiaca;
- Ridurre il ricorso al PS ed eventualmente al ricovero;
- Disporre di dati relativi al trattamento della cardiopatia ischemica, anche nella fase post acuta.

FOLLOW UP PAZIENTI POST SCA

Successivi controlli a 3, a 6 mesi presso il centro ospedaliero spoke o l'ambulatorio cardiologico territoriale

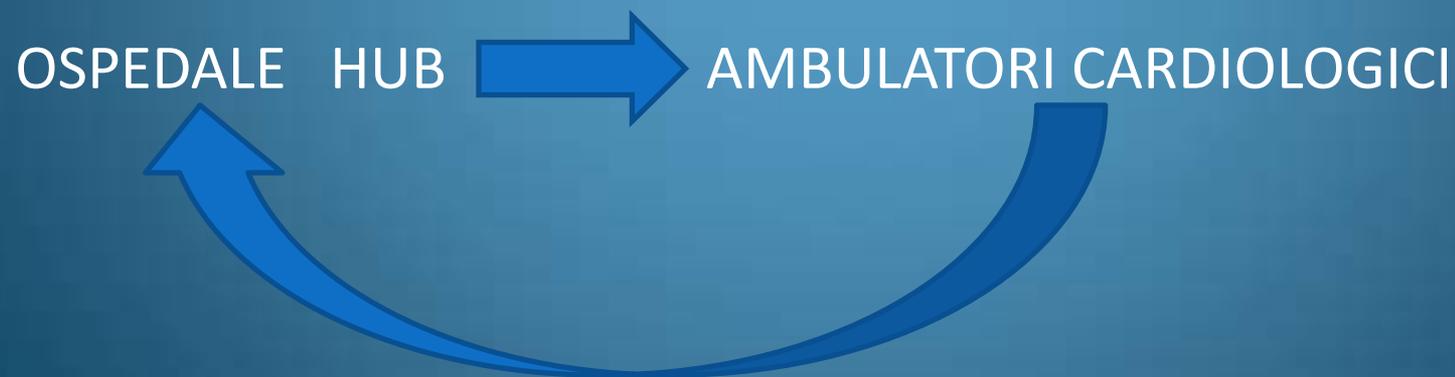
- Il paziente contatterà telefonicamente o per email l'ambulatorio di propria scelta, presso il quale eseguirà i primi controlli programmati.
- Il giorno stabilito si presenterà con la richiesta, compilata dal suo medico di fiducia, direttamente all'ambulatorio cardiologico ed eviterà il noto disagio per lui o per i suoi parenti dovuto alle file al cup.
- A tale scopo verranno predisposte nei vari centri cardiologici ospedalieri e territoriali agende dedicate che consentano allo stesso specialista di prenotare la visita successiva del paziente



FOLLOW UP PAZIENTI POST SCA

La visita di controllo dopo un anno sarà eseguita presso il centro Hub che ha trattato il paziente nella fase acuta per poter consentire la raccolta dei dati clinici necessari alla valutazione degli indicatori

Durante tutto il periodo del follow up rimarrà aperto un flusso bidirezionale tra ospedale e territorio per eventuale instabilità intercorrenti e necessità di consulto con l'HUB .



FOLLOW UP PAZIENTI POST SCA

Tutti i cardiologi avranno un formato unico dove raccogliere i dati del singolo paziente che confluiranno in un database unico, condiviso da tutti gli operatori del progetto.

Particolare attenzione sarà prestata alla raccolta dei dati relativi alla fedeltà terapeutica, alla sintomatologia del paziente, ad eventuali avventi avversi e alle misure attuate per cambiamento dello stile di vita (abolizione fumo, perdita peso, attività fisica regolare).

RUOLO DEL MMG

- Il MMG sarà il primo destinatario della lettera di dimissione del ricovero per SCA
- Sarà costantemente informato dei risultati delle visite di Follow-up
- Assumerà un ruolo fondamentale per favorire la modifica dello stile di vita e l'adesione alle terapie prescritte (DAP, Statine, Beta bloccanti...)
- Sarà coinvolto nel controllo periodico delle condizioni cliniche generali, della PA, FC e PC, nel monitoraggio di eventuali eventi avversi , nella richiesta e valutazione degli esami ematochimici programmati .
- Invierà i propri pazienti alle visite specialistiche programmate
- Sarà in contatto con i centri territoriali ed i centri Hub per richiesta di chiarimenti o per urgenze cliniche cardiologiche.

CONCLUSIONI

Nel nostro Paese l'attuale rapporto ospedale territorio è caratterizzato da insufficiente comunicazione ospedale-MMG-specialista ambulatoriale per mancanza di linguaggio comune che provoca difficoltà di discussione e di partecipazione reciproca anche per assenza di condivisione di protocolli diagnostici e terapeutici e per difficoltà di contatti tra gli operatori.



CONCLUSIONI

Per non rendere vani gli sforzi profusi nella cura acuta il dipartimento cardiologico ospedaliero deve organizzare anche la gestione della fase cronica ipotizzando una rete ospedale territorio

E' necessario ridisegnare il confronto alla pari fra medico ospedaliero MMG e specialista territoriale con funzioni diverse ma necessariamente integrate per costruire insieme la continuità assistenziale.



CONCLUSIONI

L'integrazione ospedale territorio ha l'obiettivo di:
migliorare la qualità delle prestazioni
cardiologiche stabilendo percorsi condivisi ed
idonei a migliorare la cura a lungo termine
favorire l'utilizzazione più razionale delle risorse
creare assistenza e non solo prestazioni
migliorare l'implementazione delle linee guida e
la qualità della cura
ridurre la spesa sanitaria.



grazie per l'attenzione