



ASSOCIAZIONE ITALIANA PAZIENTI SCOMPENSATI CARDIACI  
INCONTRO NAZIONALE ANNUALE  
Hotel Polo Nautico  
SALERNO, 5 OTTOBRE 2018

*Il nuovo modello di cura dello Scompenso Cardiaco  
per un invecchiamento Attivo ed in Salute*

# UN BUON MODELLO DI CENTRO PER LO SCOMPENSO CARDIACO CON IL PAZIENTE AL CENTRO

G. LEONARDI

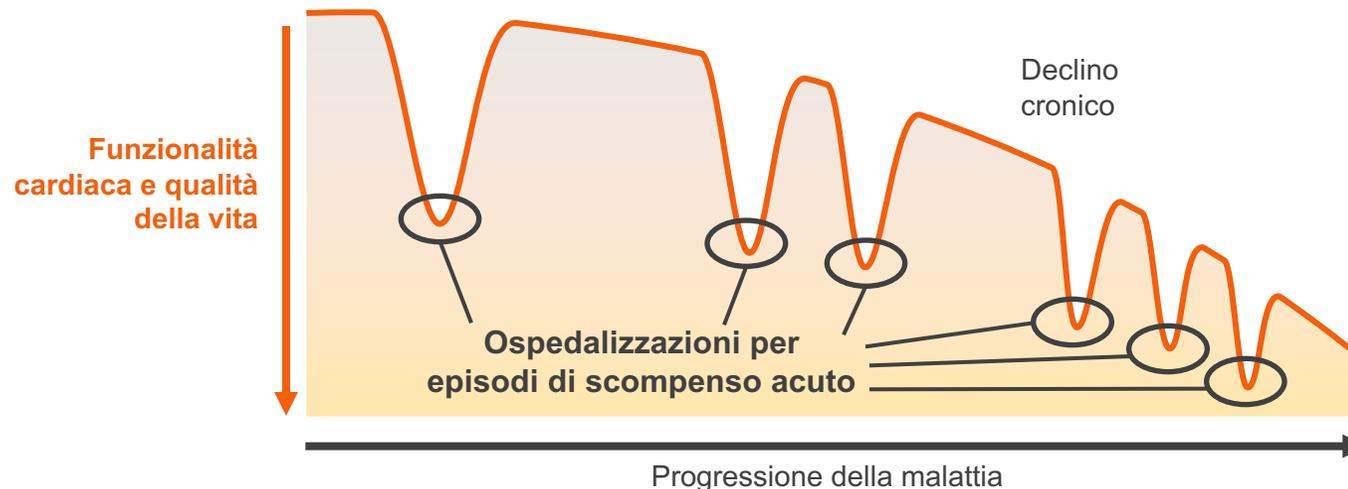
U.O.s.d. "Scompenso Cardiaco Grave"

Policlinico Catania

# L'HF è una sindrome complessa che coinvolge molteplici sistemi di regolazione ed è associata a tassi di riospedalizzazione e mortalità elevati



- L'HF è una condizione patologica cronica e progressiva, costellata da episodi acuti
- Ogni evento acuto causa ulteriori danni d'organo; i danni miocardici e renali che si verificano durante tali episodi possono contribuire a una progressiva disfunzione ventricolare sinistra e/o renale
- L'aumentata frequenza di eventi acuti con la progressione della malattia porta a tassi elevati di ospedalizzazione e aumentato rischio di mortalità



# Lo Scompenso Cardiaco: la Magia dei Numeri in Italia

## EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Prevalenza **1.5-1.7%** in aumento
  - >20% negli anziani sopra 80aa
  - + elevata negli uomini (1.8 vs 1.5)
- ✓ Incidenza **2.8-3 per mille** in lieve diminuzione
  - uguale uomini e donne
  - Importante variabilità regionale
- ✓ Lunghezza media ricovero **9.5-10 gg**

## COSTI

- ✓ Costo del ricovero circa **3190 €**
- ✓ Costo di 1 anno di vita - **media 5670 €**
  - mediana 1930 €
  - 25% 19000 €
- ✓ Senza ricoveri il costo annuo e' 350-600 €
- ✓ Costo pro capite dei ricoveri **8.9 €**  
(variabilità regionale 5.8-14 €)

## OUTCOME

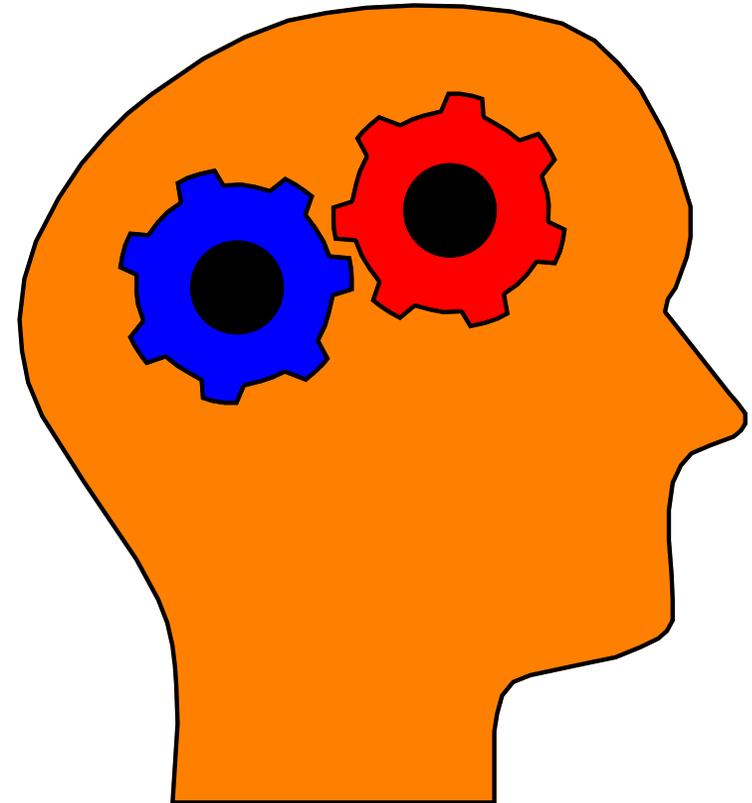
- ✓ Mortalità ospedaliera **6-7%**
  - Nei > 80aa diventa 13%
  - Dipende dalla presentazione SC
- ✓ Mortalità 30 giorni **10-11%**
  - Non si e' ridotta aa 2008-2012
  - Dimessi vivi e' 2.5-3%
- ✓ Mortalità ad 1 anno **25-28%**
  - Non si e' ridotta aa 2005-2011
  - Più elevata Worsening HF
  - Nei soggetti > 75 aa 30-45%
  - Uguale uomini e donne
  - SC cronico **6%**
- ✓ Ricovero per HF 30gg **6.2%**
  - 90% per cause CV
- ✓ Ricovero per HF 1-Yr **24%**
  - Worsening HF 27%
  - De Novo e CHF 8.2-8.5%

Quali sono le cose da fare?

**E' necessario uno sforzo culturale per creare un nuovo modello organizzativo**

**incentrato sul percorso assistenziale evitando di occuparci di singole metodiche**

**o di singoli settori**



# Quale modello assistenziale?

- Qualità della vita del paziente  
non li possiamo guarire
- Capillare diffusione sul territorio  
spesso non si spostano agevolmente
- Sostenibile economicamente  
evitiamo gli sprechi di risorse



# Quale modello assistenziale?



**Incentrato sulla  
medicina del territorio:  
MMG, infermieri,  
Distretti,  
Volontariato organizzato**

# Quale supporto organizzativo?

La struttura periferica deve far parte di una rete ospedaliera

- Connessione privilegiata con gli specialisti ospedalieri
  - Accesso ambulatoriale
  - Accesso in ricovero
- Periodici contatti tra le varie maglie
  - Organizzativi
  - Culturali
- Controllo del funzionamento del sistema



# Documento di consenso ANMCO/SIC.

## La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale

Nadia Aspromonte<sup>1</sup> (Coordinatore), Michele Massimo Gulizia<sup>2</sup> (Coordinatore),  
Andrea Di Lenarda<sup>3</sup> (Coordinatore), Andrea Mortara<sup>4</sup>, Iaria Battistoni<sup>5</sup>, Renata De Maria<sup>6</sup>,  
Michele Gabriele<sup>7</sup>, Massimo Iacoviello<sup>8</sup>, Alessandro Navazio<sup>9</sup>, Daniela Pini<sup>10</sup>, Giuseppe Di Tano<sup>11</sup>,  
Marco Marini<sup>5</sup>, Renato Pietro Ricci<sup>1</sup>, Gianfranco Alunni<sup>12</sup>, Donatella Radini<sup>3</sup>, Marco Metra<sup>13</sup>,  
Francesco Romeo<sup>14</sup>

### **PERCORSI E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO DOPO EVENTO ACUTO**

A cura della Commissione Cardiocerebrovascolare  
Sottocommissione: cardiopatico cronico  
Gruppo di lavoro su «Percorsi e continuità assistenziale nel paziente  
con scompenso cardiaco dopo evento acuto»

#### **INDICE**

##### **PREMESSA**

##### **DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO DI CONSENSO**

##### **INDICATORI DI STRUTTURA, PERCORSO E RISULTATO**

##### **PERCORSI DIFFERENZIATI POST SCOMPENSO ACUTO**

##### **Dimissioni a domicilio**

- MMG
- Ambulat. Scompenso
- Telesorveglianza

##### **Cardiologia Riabilitativa e scompenso cardiaco**

- Obiettivi della CR
- Indicazioni alla CR

##### **CRITERI DI ACCESSO ALLE VARIE TIPOLOGIE DI INTERVENTO**

##### **PAZIENTI CANDIDATI O PORTATORI DI DEVICE ELETTRICI**

##### **RACCOMANDAZIONI**

- Intervento

1. la proposta di modelli che identifichino una figura o un team multidisciplinare di medici e infermieri, responsabile/i della diagnosi e cura del paziente affetto da SC, da scegliere tra le professionalità con competenze maturate nella gestione dello SC e, laddove possibile, inserire fisioterapisti e psicologi a supporto dell'assistenza clinica (training fisico e valutazione del cognitivo e della depressione);
2. l'istituzione di un ambulatorio dedicato alla cura dello SC, cui afferisce il team medico-infermieristico con competenze specifiche;
3. l'istituzione, se indicato:
  - a. di un day-hospital o ambulatorio integrato;
  - b. di un canale preferenziale di accesso del medico di medicina generale (MMG) alla consulenza specialistica;
  - c. in realtà ospedaliere selezionate, di una Unità Scompenso;
4. la creazione per il malato ricoverato per SC Percorsi Diagnostici e Terapeutici condivisi tra ospedale e territorio;
5. la preparazione di materiale didattico/educativo per uso interno ed esterno;
6. la promozione della formazione del personale medico ed infermieristico dedicato o del team multidisciplinare comprendente fisioterapisti e psicologi;
7. l'identificazione degli indicatori di struttura, percorso e ri-

## Una rete ambulatoriale per la cura dello SC

### Perche' una rete?

- Perche' oggi l'accesso alle cure del malato con scompenso cardiaco, che rappresenta una delle patologie piu' difficili e complesse del panorama cardiologico e internistico, non e' omogeneo ma fortemente differenziato nei diversi ambiti regionali.
- Quello che si vuole fare emergere e' la disponibilita' (necessita' ove non ci siano) **di strutture, dotazioni, competenze di livello crescente** all'interno delle macro-aree/regioni alle quali riferirsi in collegamento funzionale.

## Una rete ambulatoriale per la cura dello SC

Per Rete dei Centri Scompensazione Cardiaca si intende una **aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure** erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito ospedaliero e territoriale definito a livello regionale, con relazioni finalizzate ad una missione collettiva

La rete scompensazione, come altre forme di reti, si caratterizza per la presenza di **elementi organizzativi principali "i nodi"** che sono connessi fra loro da legami unidirezionali o bidirezionali. L'operatività e il funzionamento della rete si identificano con i meccanismi di **governo delle relazioni tra i nodi** a loro volta basati su precisi accordi fra le parti

# Classificazione degli Ambulatori SC

<b>STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEGLI AMBULATORI/CENTRI SCOMPENSO CARDIACO NELLA RETE .....</b>	<b>52</b>
<b>AMBULATORIO/PRESIDIO SCOMPENSO TERRITORIALE .....</b>	<b>55</b>
Cd locazione .....	55
Tipologia di paziente eleggibile .....	55
Requisiti .....	56
Dotazioni .....	56
Attività minima (volumi) .....	56
Personale .....	56
Competenze .....	56
Prestazioni .....	58
<b>AMBULATORIO/CENTRO SCOMPENSO CARDIOLOGICO OSPEDALIERO .....</b>	<b>59</b>
Cd locazione .....	59
Tipologia di paziente eleggibile .....	59
Requisiti .....	59
Dotazioni .....	60
Attività minima (volumi) .....	61
Personale .....	61
Competenze .....	61
Prestazioni .....	62
<b>AMBULATORIO/UNITA' SCOMPENSO AVANZATO E PROGRAMMA DI TERAPIA SOSTITUTIVA CARDIACA .....</b>	<b>64</b>
Cd locazione .....	64
Tipologia di paziente eleggibile .....	64
Requisiti .....	65
Dotazioni .....	66
Attività minima (volumi) .....	67
Personale .....	67

# Ambulatori/Presidi Territoriali Scompenso Cardiaco



- ASST
- Sul territorio nell'ambito di forme organizzative complesse della medicina generale:
  - a) Unità territoriale di assistenza primaria (UCCP)
  - b) Case della salute
  - c) Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)
  - d) Gruppi di cure primarie (GCP)
- nell'ambito della specialistica ambulatoriale
- in strutture degenziali non cardiologiche (medicina interna, geriatria, medicina d'urgenza)
- in presidi con solo PS
- in strutture intermedie di lungodegenza
- in strutture riabilitative cardiologiche.

# Ambulatori/Presidi Territoriali Scompenso Cardiaco

## Funzioni

Una unità che **guarda al territorio, lavora con la MMG** (anche insieme fisicamente), con i distretti, riceve i pazienti dalle Medicine o da altri reparti in dimissione, supporta le AFT.

Questa unità (poco rappresentata al momento, ma destinata a crescere) ha una valenza politica perché apre ad un ruolo non dominante ma di **supporto della Cardiologia nell'attività territoriale** in un momento in cui si vanno a definire le AFT ecc

Il tipico paziente è anziano, con multiple comorbidità, spesso (ma non sempre) con iter diagnostico-terapeutico cardiologico chiuso, ma anche sede principale di screening dei de-novo con necessità di **competenze (soprattutto) se non di dotazioni (idealmente almeno l'ecocardio) rilevanti** per impostare il corretto PDTA (in collegamento funzionale con l'ospedale).

# Ambulatori Scompenso Cardiaco in una Struttura Ospedaliera di Prossimità



**Personale dedicato  
alla cura dello  
Scompenso Cardiaco**



## Ambulatori Scompensio Cardiaco in una Struttura Ospedaliera di Prossimità

L'Ambulatorio Scompensio Cardiologico Ospedaliero si colloca in Ospedali dotati di Strutture Cardiologiche e degenza ordinaria e UTIC e/o Laboratorio di emodinamica e/o Laboratorio di Elettrofisiologia.

Sono rivolti sia a pazienti stabili che a pazienti con scompenso cardiaco di nuova insorgenza e/o recentemente instabilizzato.

Rispetto all'ambulatorio scompensio territoriale, l'ambulatorio ospedaliero **assicura il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico** del paziente con l'esecuzione di procedure cardiologiche anche di tipo interventistico (*collegamento funzionale o dotazione strutturale*).

Questo ambulatorio è collocato in UO Ospedaliere Cardiologiche con competenza nella gestione del paziente con **scompenso cardiaco acuto**

# Ambulatori Scompensato Cardiaco Avanzato con Chirurgia e/o Programma Terapia sostitutiva



**Personale dedicato  
alla cura dello  
Scompensato Cardiaco**



## Ambulatori Scompensio Cardiaco Avanzato con Chirurgia e/o Programma Terapia sostitutiva

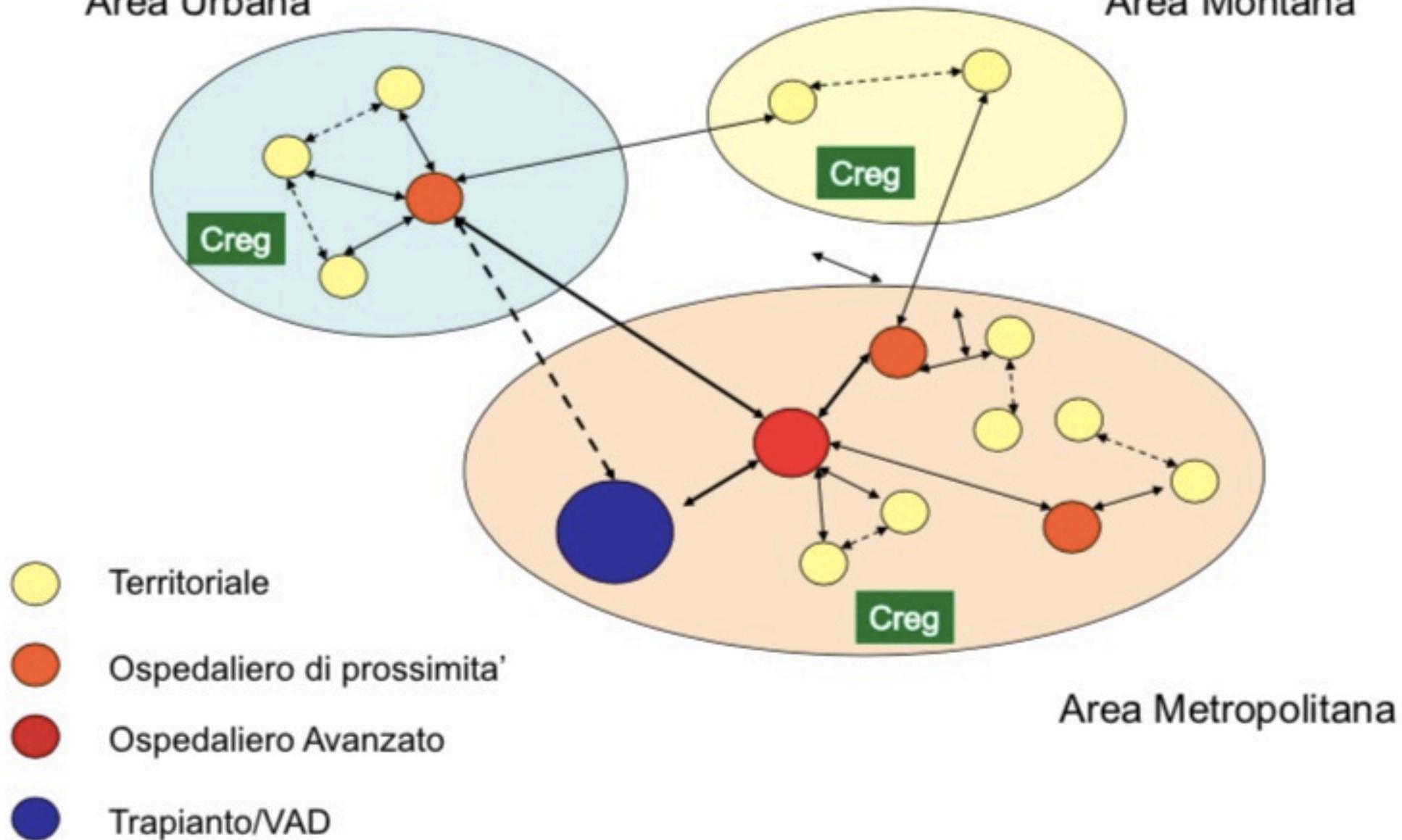
L'Unità Scompensio e l'Ambulatorio Ospedaliero per le Cure del Paziente Avanzato **sono collocati in Ospedali dotati di Strutture Complesse di Cardiologia** con degenza ordinaria e UTIC, laboratorio di emodinamica operativo 24 ore al giorno 7 giorni su 7, elettrofisiologia e cardiocirurgia, con programma integrato medico-chirurgico per il trattamento dello scompensio cardiaco (SC) avanzato e in casi selezionati il programma VAD/TCs

Afferiscono i pazienti **a più elevata complessità di gestione** ovvero:

- pazienti ad alto rischio di riacutizzazione
- pazienti in carico all'Ambulatorio Scompensio Cardiologico Ospedaliero di Prossimità, ma bisognosi di valutazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici non disponibili in quell'ambulatorio
- pazienti che necessitano di procedure
- pazienti con scompensio cardiaco avanzato;
- pazienti con scompensio cardiaco avanzato candidabili a terapia sostitutiva cardiaca (TC o impianto di MCS di lungo periodo)

Area Urbana

Area Montana



Area Metropolitana

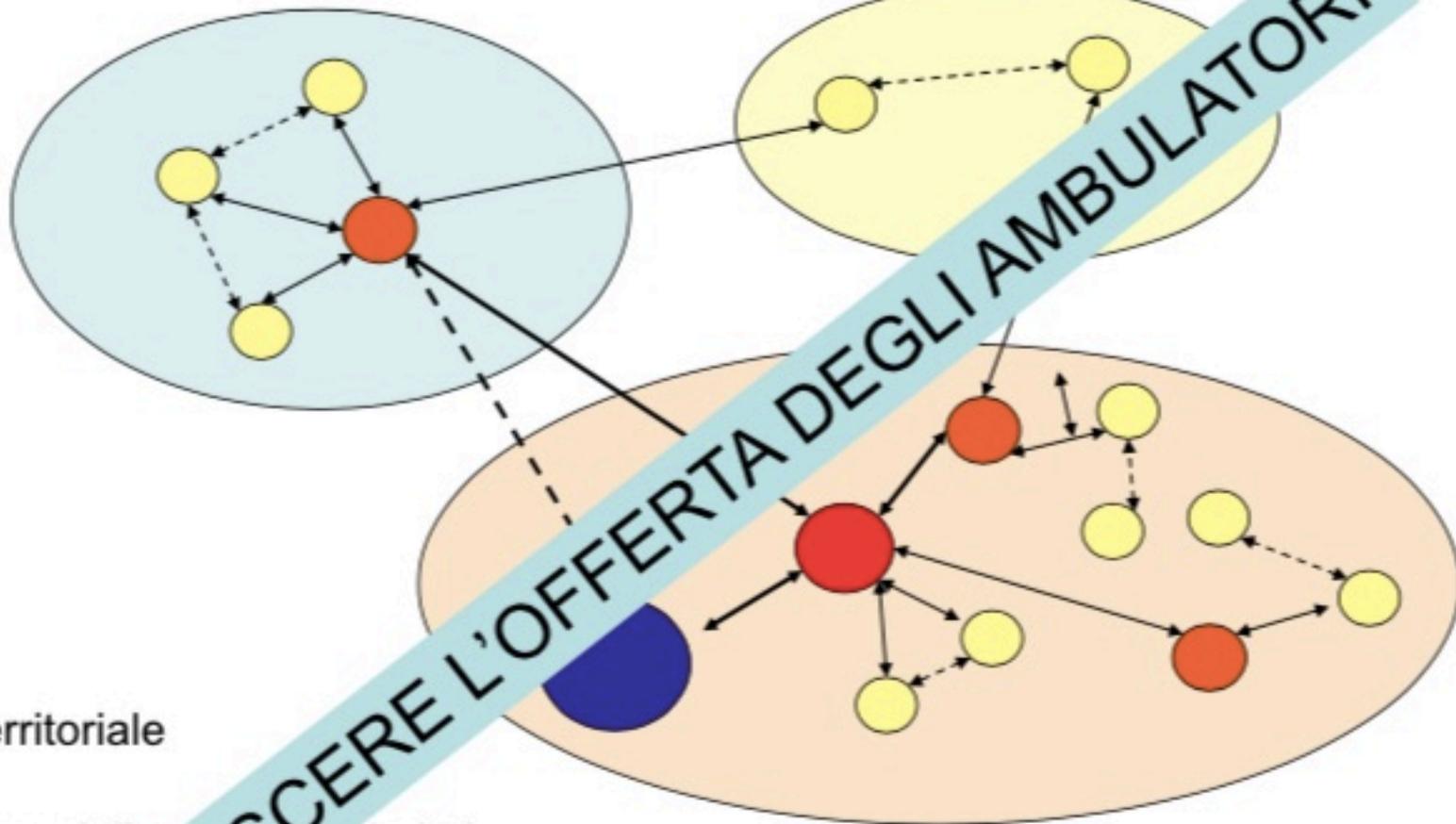
Area Urbana

Area Montana

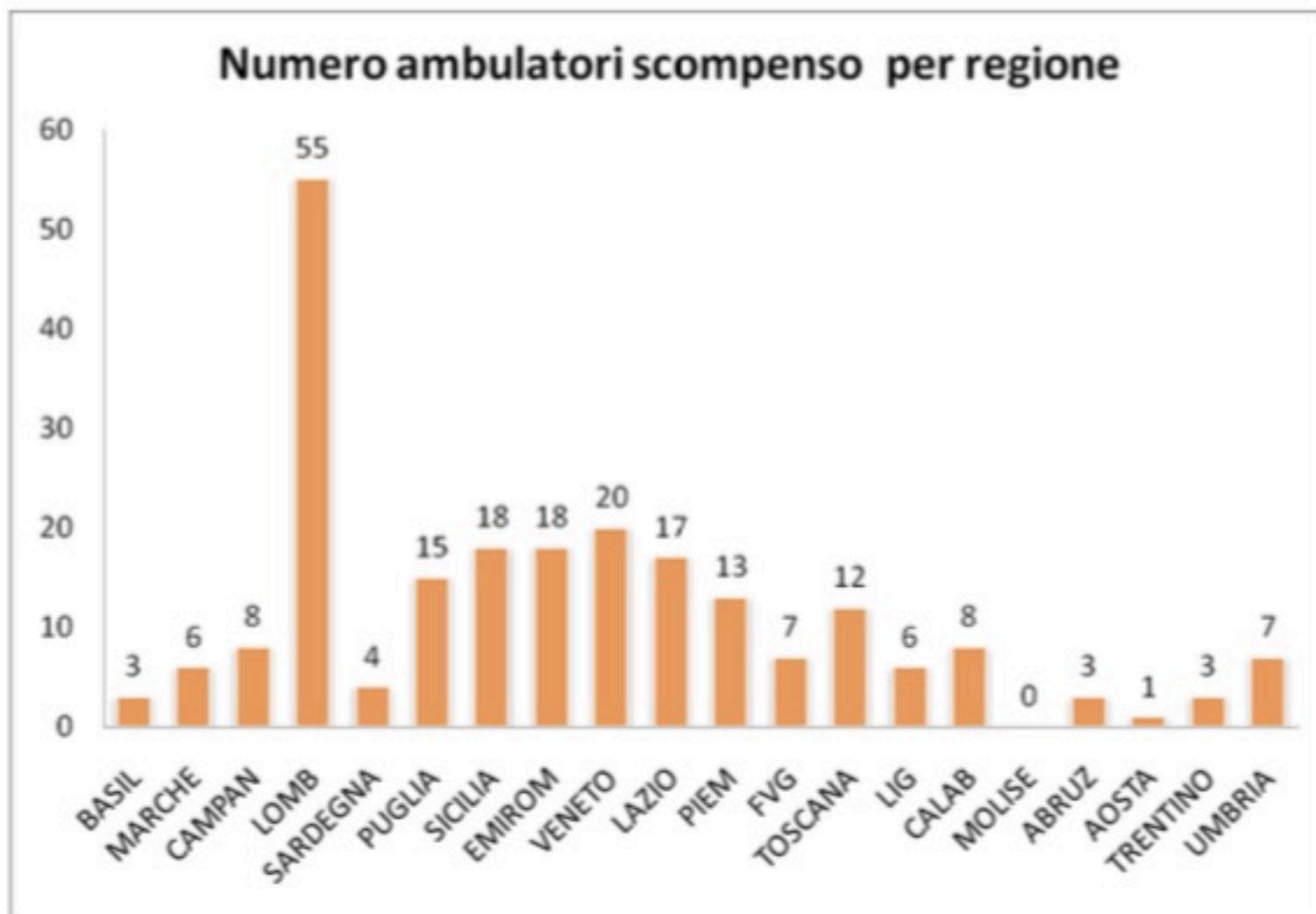
-  Territoriale
-  Ospedaliere "Assimila"
-  Ospedale Avanzato
-  Pronto/VAD

CONOSCERE L'OFFERTA DEGLI AMBULATORI

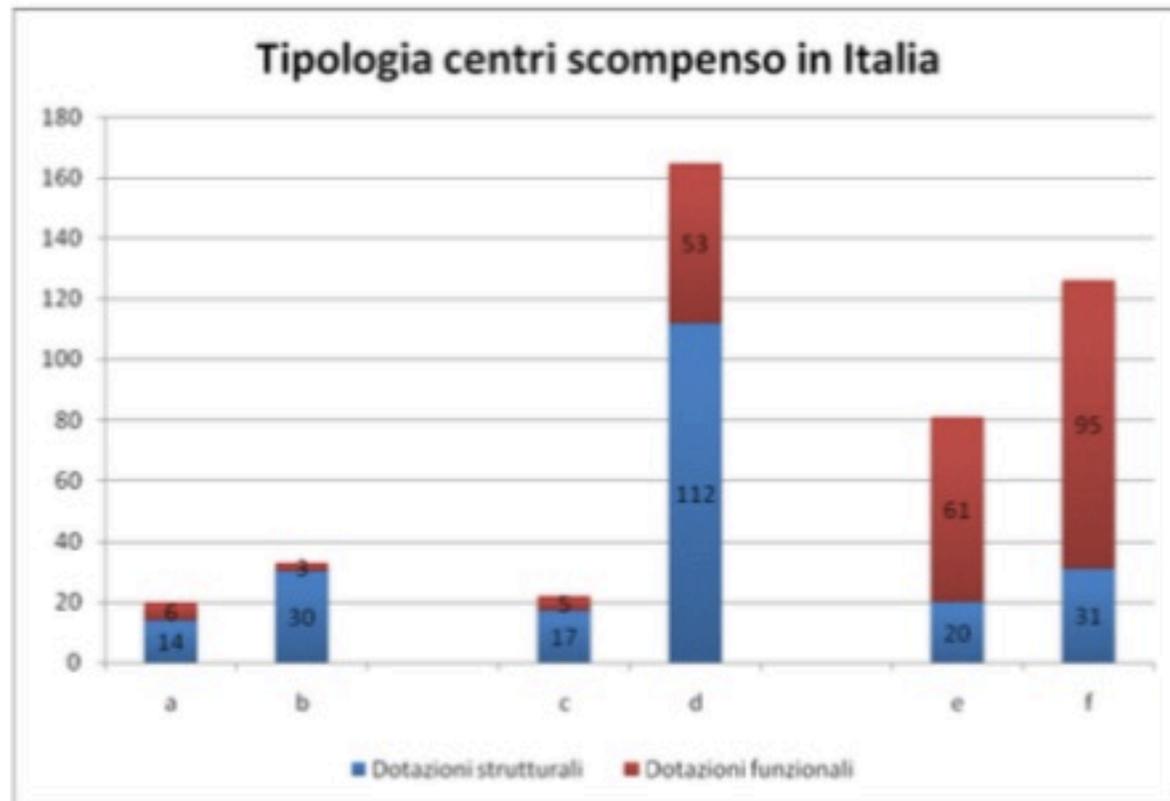
Area Metropolitana



## Indagine Conoscitiva sull'organizzazione degli ambulatori SC in Italia c



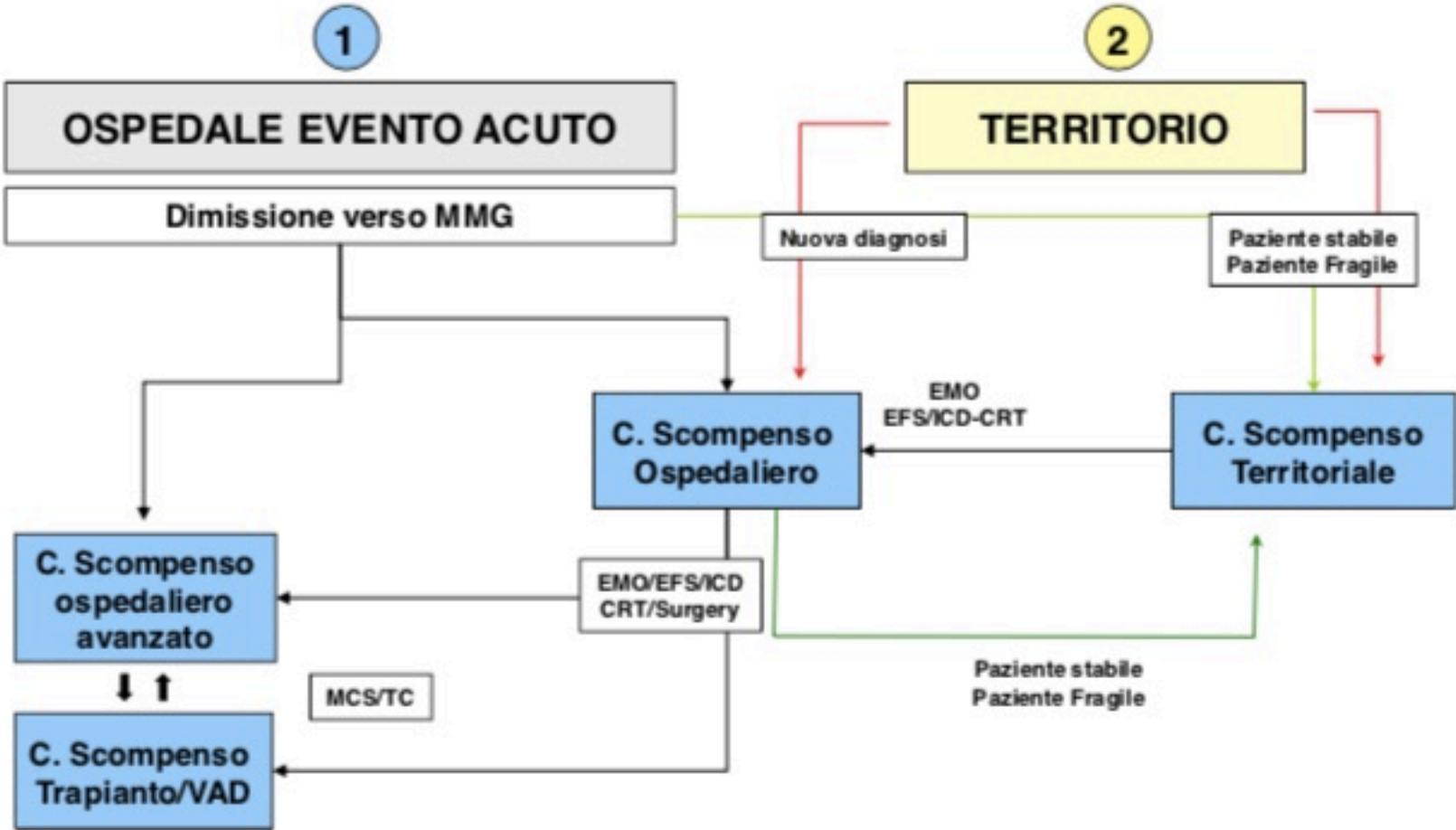
# Indagine Conoscitiva sull'organizzazione degli ambulatori SC in Italia



**a: no degenza**  
**b: solo degenza**  
**c: degenza + UTIC**

**d: degenza+ UTIC+EMO+EF**  
**e: degenza+ UTIC+EMO+EF+ CCH**  
**f : degenza+ UTIC+EMO+EF+ CCH+ VAD o trapianti**

# Schema di rete Ambulatori Scompensazione Cardiaca



## Ambulatorio SC Ospedaliero Personale

L'ambulatorio Ospedaliero è coordinato da uno **specialista cardiologo**. Il medico cardiologo deve possedere una competenza specifica nel campo dello scompenso cardiaco e deve essere coadiuvato da uno o più **infermieri dedicati**, direttamente responsabili dei percorsi assistenziali per i soggetti che afferiscono alla struttura.

E' auspicabile il coinvolgimento, in un **team multidisciplinare**, di altre professionalità mediche (internisti, geriatri, nefrologi, etc.) e non mediche (psicologi, nutrizionisti, dietisti, fisioterapisti).

Il cardiologo attiva, infine, strumenti di collaborazione con i medici del PS/DEA.

## Architettura della RETI Ambulatori Scompenso Cardiaco

L'architettura è **policentrica e plurigravitazionale** ed è più complessa di quella già efficacemente attivata per la sindrome coronarica acuta, dovendo farsi carico sia dell'acuzie sia della cronicità, sull'intero spettro della storia clinica sia longitudinalmente (dimensione tempo) dalla prima diagnosi alle fasi terminali della malattia, che trasversalmente (dimensione profili clinici)

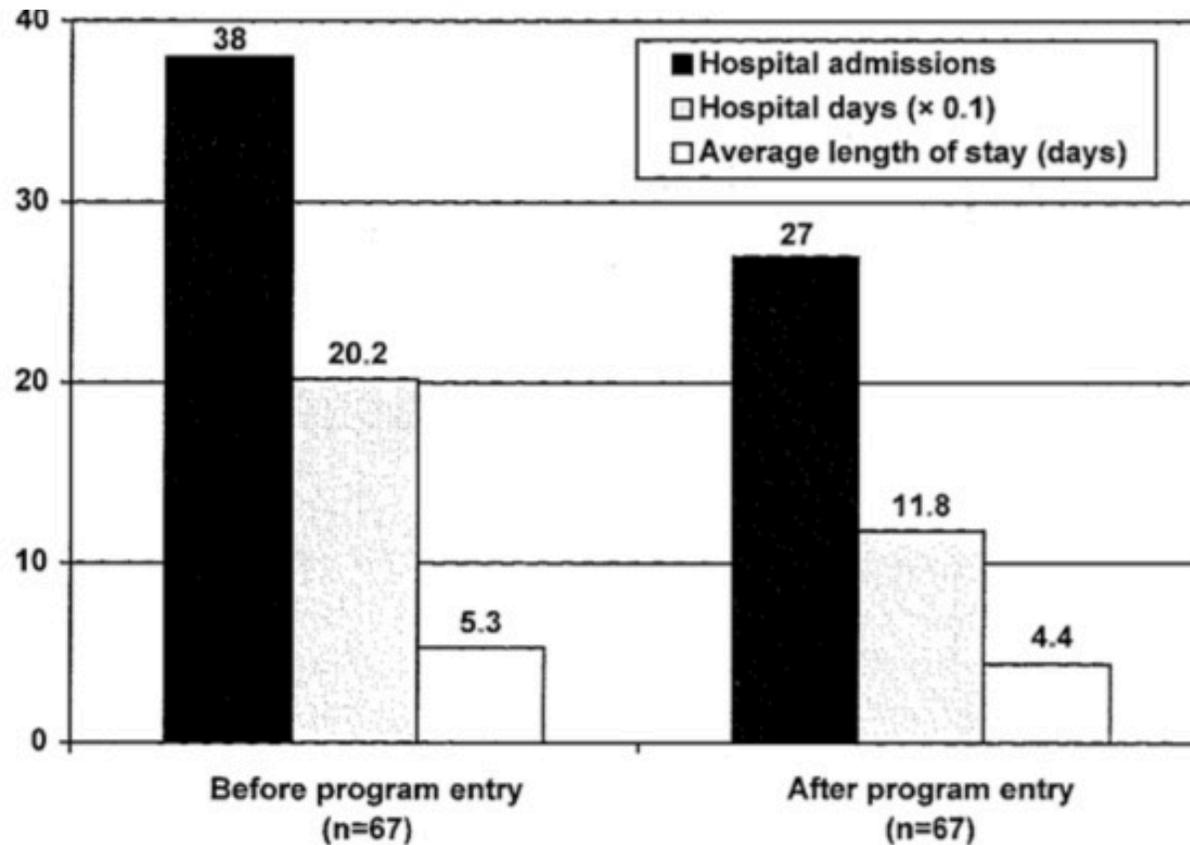
Nell'architettura della rete, i Centri scompenso, di prossimità, di riferimento, e con programma di terapia sostitutiva cardiaca, rappresentano **l'offerta di prestazioni specialistiche e superspecialistiche**. Le *connessioni* fra i vari nodi a differente livello di complessità sono necessariamente bidirezionali.

Nell'architettura della rete, **la distribuzione dei centri scompenso e della loro tipologia potrà variare** in base alle caratteristiche della regione, e alla distribuzione geografica delle strutture sanitarie. In rapporto a tale distribuzione andranno identificate le prestazioni offerte dai diversi Centri, e i relativi percorsi ambulatoriali e in ricovero

---

# Development of a Heart Failure Center: A Medical Center and Cardiology Practice Join Forces to Improve Care and Reduce Costs

*Douglas B. Chapman, MD, FACC; and Jackie Torpy, RN, BSN*



Two admissions accounted for 32 hospital days (27%)

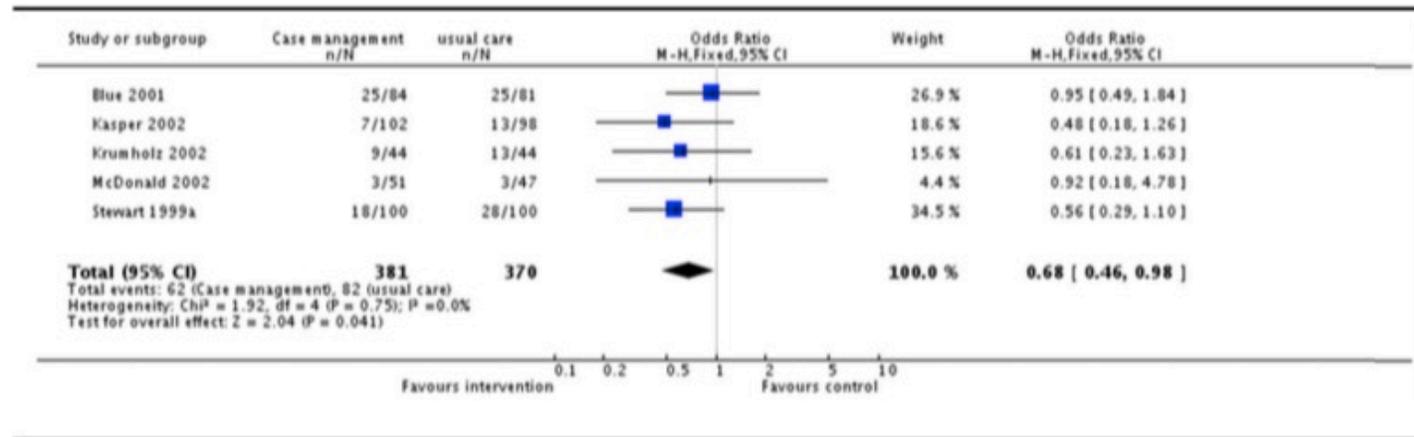
*(Am J Man Care 1997;3:431-437)*

# Clinical service organisation for heart failure

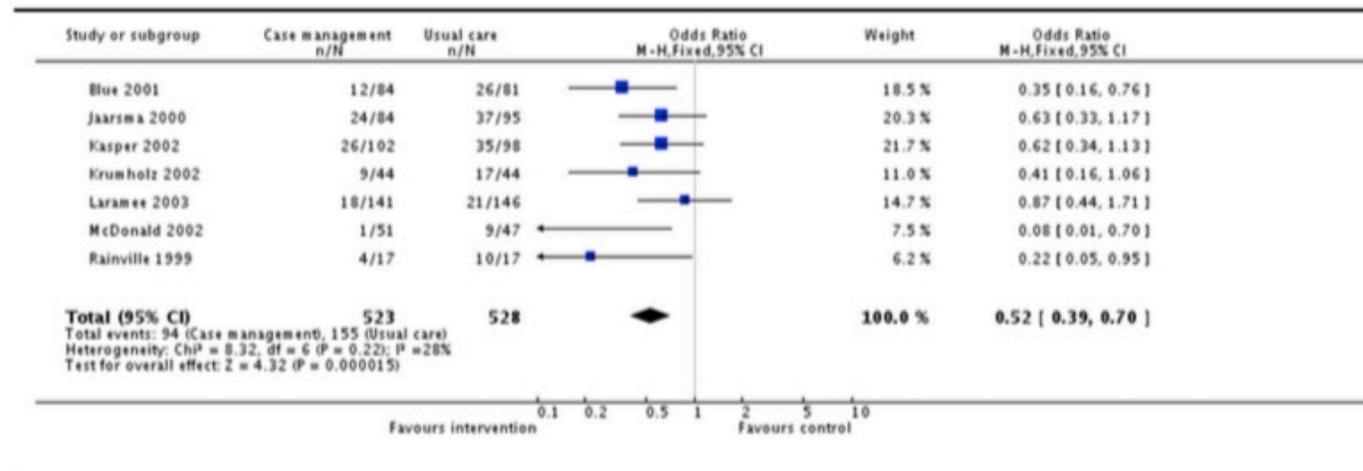
Stephanie JC Taylor<sup>1</sup>, Janine C Bestall<sup>2</sup>, Sarah Cotter<sup>3</sup>, Margaret Falshaw<sup>4</sup>, Sonja G Hood<sup>5</sup>, Suzanne Parsons<sup>6</sup>, Lesley Wood<sup>7</sup>, and Martin Underwood<sup>8</sup>

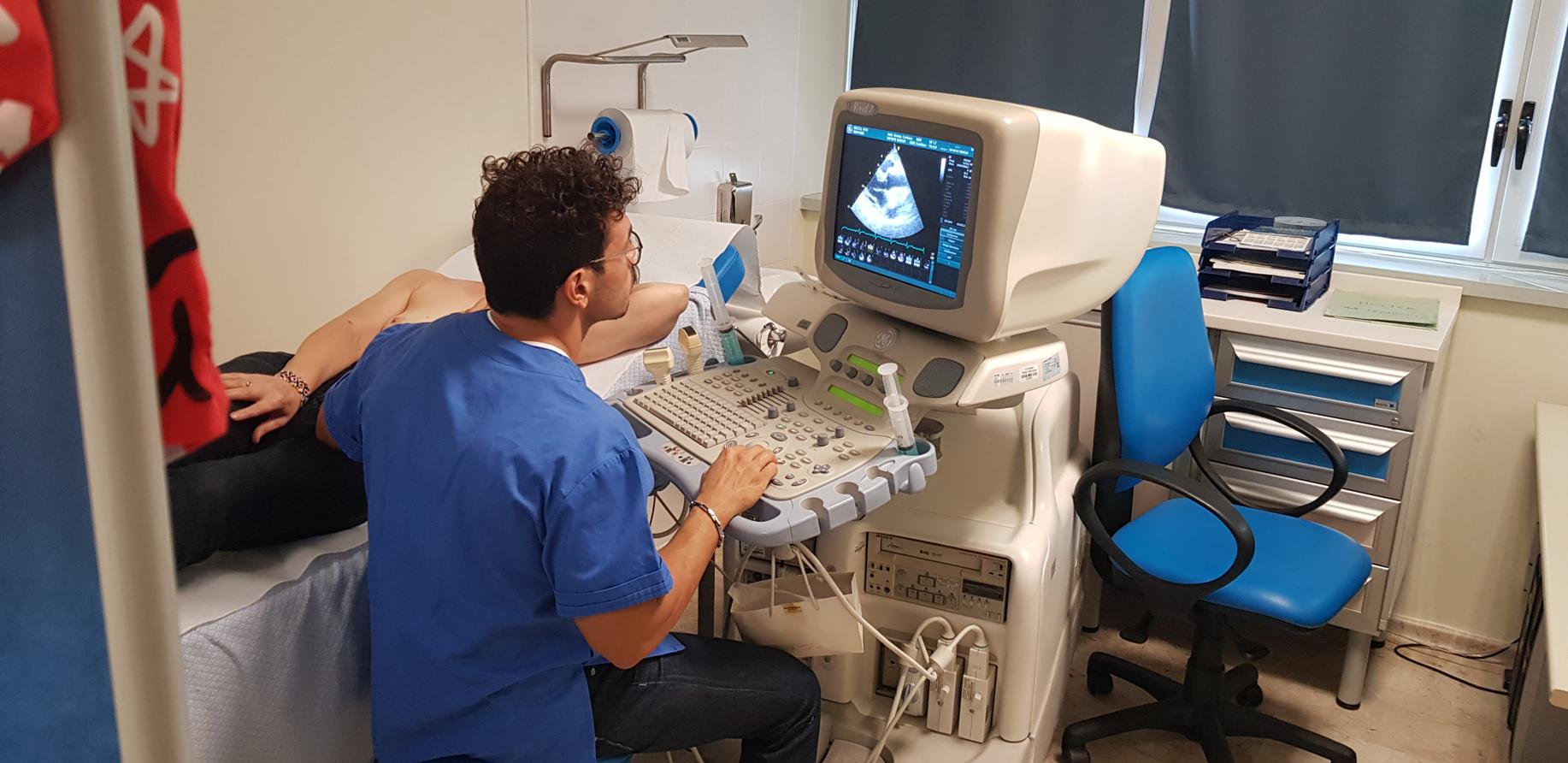
<sup>1</sup>Centre for Health Sciences, St Bartholomew's and The Royal London School of Medicine and Dentistry, London, UK

Mortality

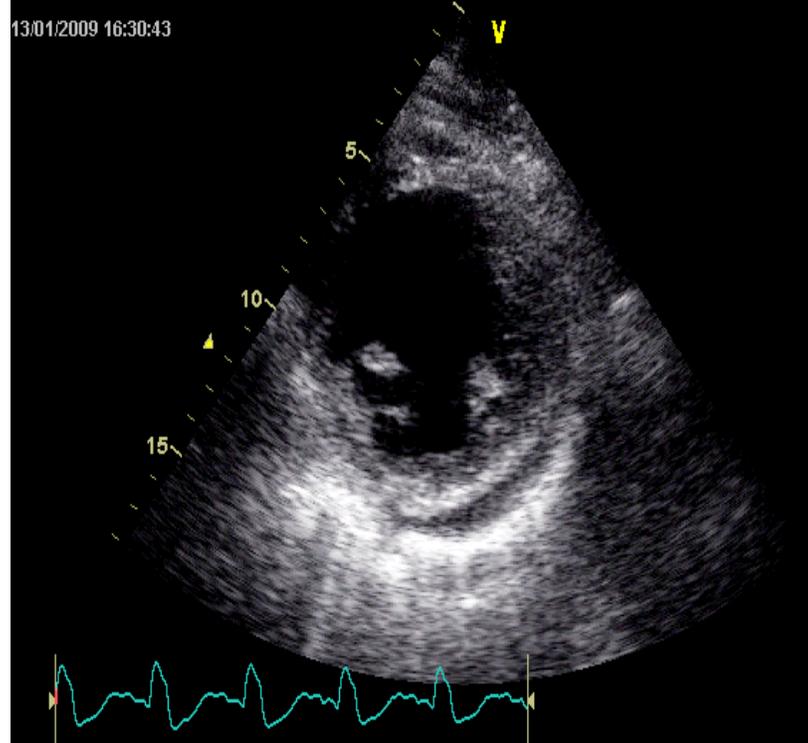


Readmission

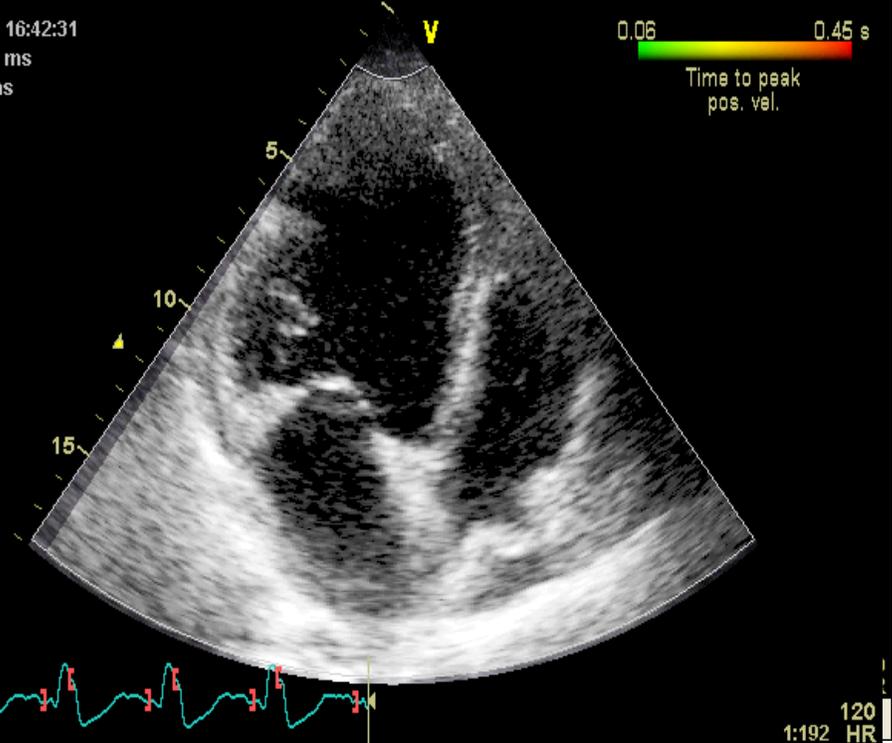




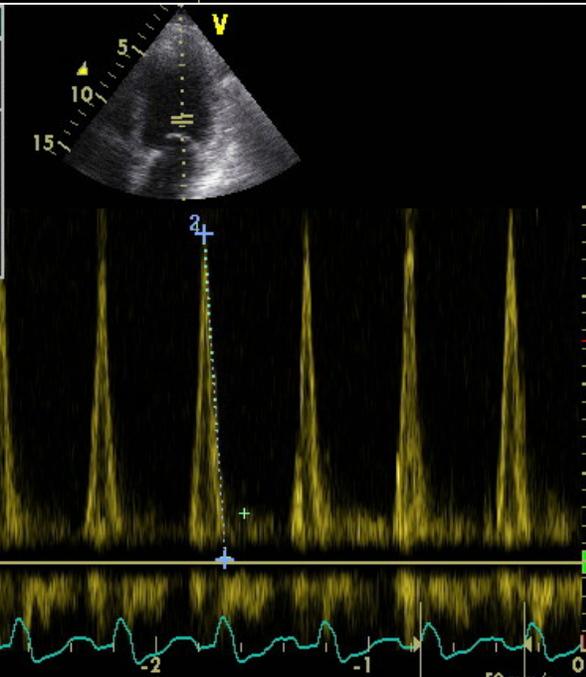
13/01/2009 16:30:43



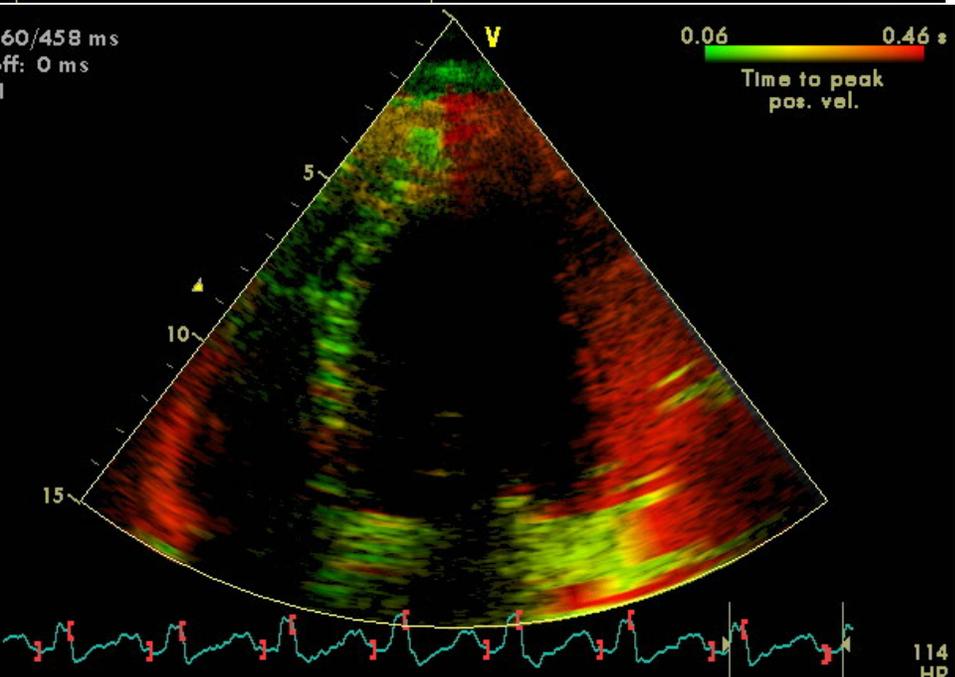
13/01/2009 16:42:31  
 S/E: 60/450 ms  
 Cutoff: 0 ms  
 CC: 1



2	MV PHT	27.98 ms
	MV A By PHT	7.86 cm <sup>2</sup>
1	MV E Vel	1.86 m/s
	MV DecT	104.92 ms
	MV Dec Slope	17.69 m/s <sup>2</sup>
	MV A Vel	0.27 m/s
	MV E/A Ratio	6.78



S/E: 60/458 ms  
 Cutoff: 0 ms  
 CC: 1





## I CENTRI ARRUOLATORI

**SSD SCOMPENSO CARDIACO GRAVE  
PRESIDIO G. RODOLICO – CATANIA**

Direttore: **Dott. G. Leonardi**

PI: **Dott. G. Leonardi**

Ricercatori: **Dott. G. Leonardi**

**Arruolati: N° 176 (AHF=0; CHF=176)**



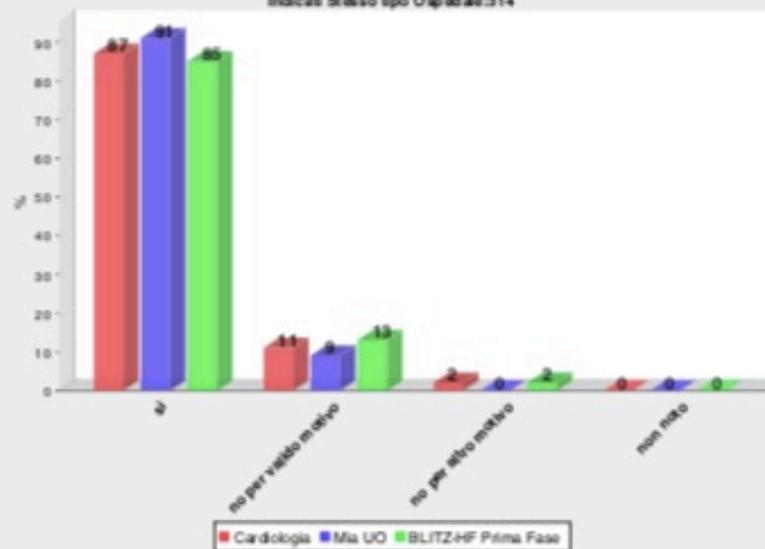
**1**

**2**

**3**

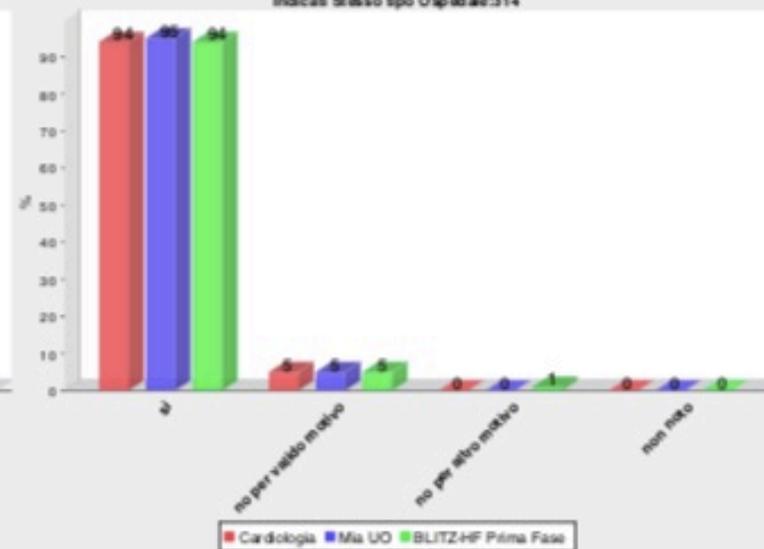
### ACE-I/ARBs/ARNI

Indicatore Centro: 132  
Indicatore Popolazione: 1997  
Indicatore Stesso tipo Ospedale: 314



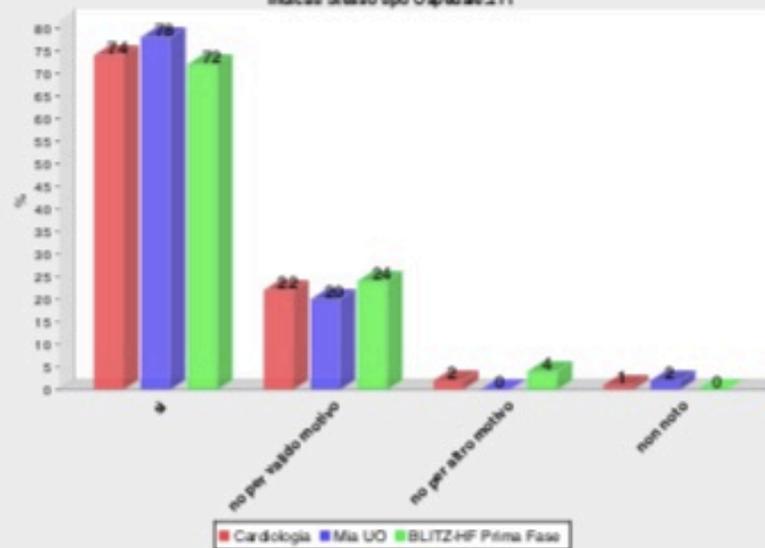
### Betabloccanti

Indicatore Centro: 132  
Indicatore Popolazione: 1997  
Indicatore Stesso tipo Ospedale: 314



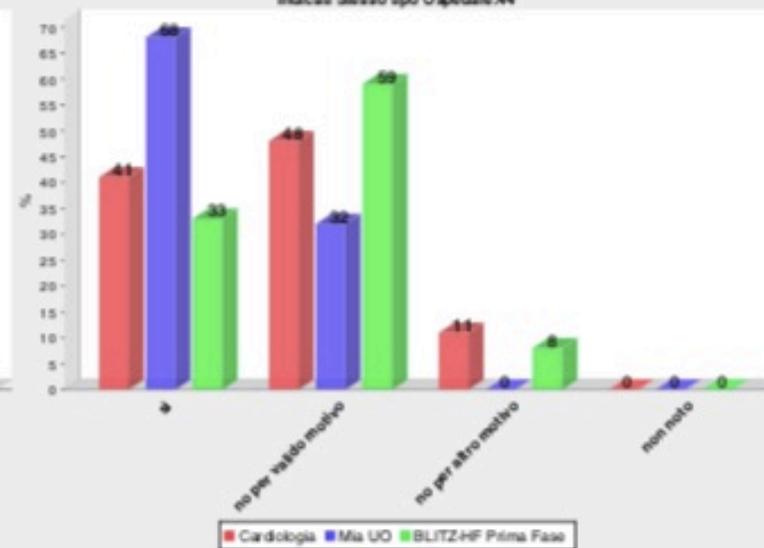
### MRA

Indicatore Centro: 85  
Indicatore Popolazione: 1253  
Indicatore Stesso tipo Ospedale: 211



### Ivabradina

Indicatore Centro: 22  
Indicatore Popolazione: 379  
Indicatore Stesso tipo Ospedale: 44



### Anticoagulanti Orali

Indicatore Centro: 39  
Indicatore Popolazione: 1435  
Indicatore Stesso tipo Ospedale: 217



# Lo scompenso cardiaco e le patologie croniche nella Regione Siciliana

*La voce del paziente*

12 Maggio 2018 h. 9.00

Hotel Nettuno  
Viale Ruggero di Lauria, 121 Catania

## “UMANIZZAZIONE” PER IL MEDICO

G. Leonardi  
U.O.s.d. “Scompenso Cardiaco Grave”  
Az. Ospedaliero-Universitaria “Poiclinico-V. Emanuele”  
Catania

# COMPITI DEL MEDICO IN AMBULATORIO

- ESEGUIRE LA VISITA, ESAMI STRUMENTALI
- SCRIVERE LA RELAZIONE
- SCRIVERE LE RICETTE SSN
- SCRIVERE I PIANI TERAPEUTICI

## NAO:

N.6 Copie per un anno di terapia + 1 di archivio

= 21 Timbri, 14 firme = 20 min

## ENTRESTO:

1 Piano terapeutico ad 1 mese;  
1 scheda da firmare dal MMG;  
1 Piano terapeutico successivo a 5 mesi, poi

ogni 6;

Non prescrivibile in ospedale;  
Dopo almeno "6 mesi di ACE inibitore o

Sartanico".

GAURITO PACIFICCO M200	CASERTA M250	IMPREVISTI M250	BRINDISI M240	ISCHIA M200	COMING SOON! M200	MONOPOLI M260	ASCOLI PICENO M250	SOCIETÀ ACQUA PORTABILE M150	ISOLA D'ELBA M280	PRIGIONE! M300	
FOGGIA M200	MESSINA M180	PROBABILITÀ M180	TERNI M180	COMING SOON! M200	VIAREGGIO M100	MILANO M140	SOCIETÀ ELETTRICA M150	COSENZA M140	ANDRIA M300	BARLETTA M300	
<p>MONOPOLY ® Originale gioco di contrattazione Parker Brothers®</p> <p>PROBABILITÀ</p> <p>IMPREVISTI</p> <p>PARKER BROTHERS</p>											ANDRIA M300
											BARLETTA M300
											CATANZARO M300
											COMING SOON! M200
											IMPREVISTI M350
											REGGIO CALABRIA M350
											TASSA DI LUSO M100
											CHIETI M400
TRANSITO M120	TORINO M100	TRANI M100	IMPREVISTI M200	L'AQUILA M200	COMING SOON! M200	TASSA PATRIMONIALE M60	SANREMO M60	PROBABILITÀ M60	TERAMO M60	ENTRATE AL PASSEGGIO M200 VIA! ←	

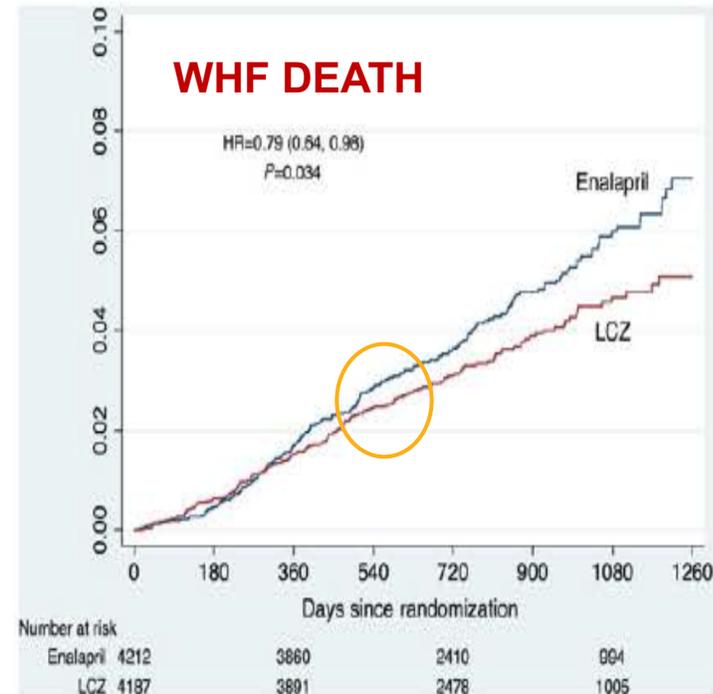
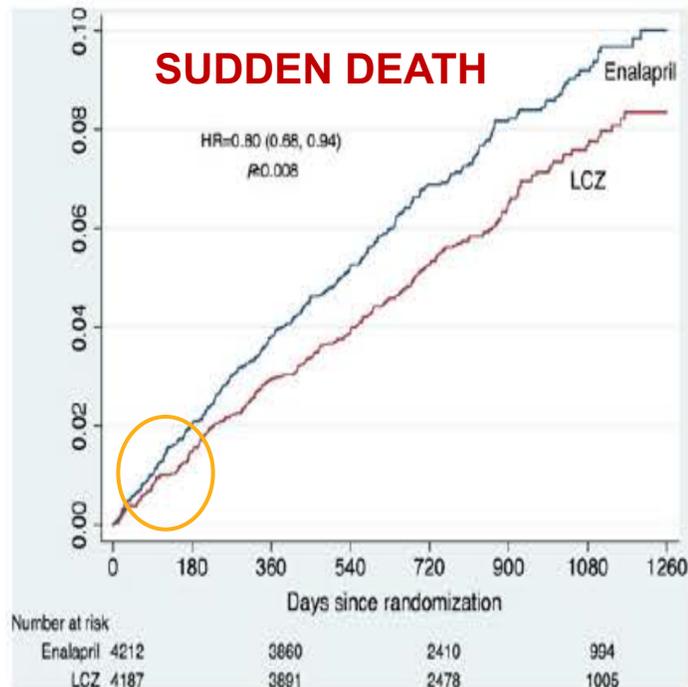


## Effect of the angiotensin-receptor-neprilysin inhibitor LCZ696 compared with enalapril on mode of death in heart failure patients

Akshay S. Desai<sup>1</sup>, John J.V. McMurray<sup>2</sup>, Milton Packer<sup>3</sup>, Karl Swedberg<sup>4,5</sup>, Jean L. Rouleau<sup>6</sup>, Fabian Chen<sup>7</sup>, Jianjian Gong<sup>7</sup>, Adel R. Rizkala<sup>7</sup>, Abdel Brahimi<sup>1</sup>, Brian Claggett<sup>1</sup>, Peter V. Finn<sup>1</sup>, Loren Howard Hartley<sup>1</sup>, Jiankang Liu<sup>1</sup>, Martin Lefkowitz<sup>7</sup>, Victor Shi<sup>7</sup>, Michael R. Zile<sup>8</sup>, and Scott D. Solomon<sup>1\*</sup>

CI=confidence interval;  
HR=hazard ratio

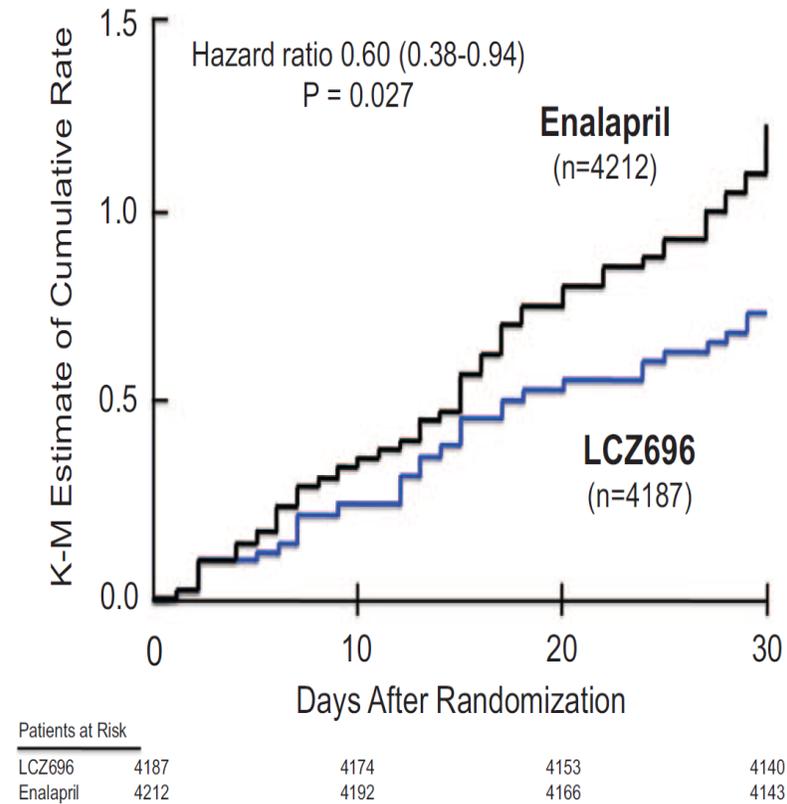
\*Resuscitated sudden deaths were defined as successful resuscitation following cardiac arrest



et al. Eur Heart J 2015

Resuscitated sudden deaths\* occurred in 16 patients receiving sacubitril/valsartan versus 28 patients receiving enalapril (HR 0.57, 95% CI: 0.31–1.04, p=0.07). Further, LCZ696 significantly reduced the risk of combined resuscitated and non-resuscitated sudden deaths by 22% when compared with enalapril (HR 0.78, 95% CI: 0.66–0.92, p=0.002)

## The reduction in HF hospitalizations was evident within 30 days after randomization



Shown is the Kaplan-Meier estimate of the cumulative probability of a first hospitalization for heart failure during the first 30 days after randomization. The analysis at 30 days was prespecified and also represented the earliest time point at which the difference between the LCZ696 and enalapril groups was statistically significant.

Packer et al. Circulation 2014;

LA BRUTTA NOTIZIA E' CHE IL TEMPO VOLA.

LA BUONA NOTIZIA E' CHE IL PILOTA SEI TU.....

Michael Altshuler

L'uomo crede talvolta  
di essere stato creato  
per dominare:  
si sbaglia.  
Egli è solamente  
parte del tutto  
e la sua funzione  
non è quella di sfruttare  
bensì quella di sorvegliare,  
di amministrare  
e di conservare.  
L'uomo non ha né potere  
né privilegi.  
Ha soltanto  
**RESPONSABILITÀ**

