

L'ORGANIZZAZIONE DEL TERRITORIO PER LO SCOMPENSO CARDIACO

Fiorella Cavuto

Responsabile Riabilitazione Cardiologica Asiago

ULSS 7 Pedemontana – Regione Veneto

GRAZIE!
ALLA TENACIA DI AISC NEL PERSEGUIRE
QUESTO PROGETTO, PER I PAZIENTI

un po' di storia

CARDIOLOGIA TERRITORIALE

AZIENDA ULSS 3

- **AGOSTO 2010** PROPOSTA ED INIZIO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA CARDIOLOGIA TERRITORIALE
- **DICEMBRE 2010** AGGIORNAMENTO DELLE POSTAZIONI E INCONTRI FORMATIVI PER L'UTILIZZO DEL **SISTEMA INFORMATICO E TELEMATICO TERRITORIALE**
- **GENNAIO 2011** INIZIO ED AVVIO DELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE



STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

RI. ALTO

PROGETTO SCUOLA VENETA DI MEDICINA GENERALE

AUDIT SULL'ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN MEDICINA

- **01/03/2011 : AVVIO PROGETTO**
- Organizzati 6 Eventi formativi per ogni provincia nel Veneto, accreditati con 30 crediti ECM
- **Corretto uso della Cartella Clinica Informatizzata**
- **Senza registrazione e valutazione indicatori non sappiamo se stiamo curando bene i nostri pazienti**
- **Un piccolo miglioramento di performance professionale per ogni MMG contribuirebbe a migliaia di eventi cardiovascolari evitati ogni anno in Italia**



**2012
Progetto
Rialto**



**2013
Progetto
Rialto**

**PRINCIPALI CONTENUTI DI UN
PDTA AZIENDALE**

5 giugno 2014

**FIGURELLA CAVUTO - GIAMPAOLO RASOTTO
AZIENDA ULSS 3 - BASSANO DEL GRAPPA**



PDTA SCOMPENSO CARDIACO

05/06/2014 CONVEGNO PER I
MEDICI DI MEDICINA GENERALE
CON LO SCOPO DI ESPORRE IL
RISULTATO DEL LAVORO
EFFETTUATO DAL GRUPPO
(**MMG, SAI, OSPEDALIERI**) E
CONSEGNATO ALLA DIREZIONE



Percorso Aziendale Follow up Paziente Iperteso ed Ischemico Bassano del Grappa 20 Aprile 2016



**FIGURELLA CAVUTO, SPECIALISTA CARDIOLOGO TERRITORIALE
GRAZIELLA BIANCHIN, MMG, Rete MILLEINRETE SIMG VENETO**

Documento di consenso ANMCO/SIC. La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale

Nadia Aspromonte¹ (Coordinatore), Michele Massimo Gulizia² (Coordinatore),
Andrea Di Lenarda³ (Coordinatore), Andrea Mortara⁴, Ilaria Battistoni⁵, Renata De Maria⁶,
Michele Gabriele⁷, Massimo Iacoviello⁸, Alessandro Navazio⁹, Daniela Pini¹⁰, Giuseppe Di Tano¹¹,
Marco Marini⁵, Renato Pietro Ricci¹, Gianfranco Alunni¹², Donatella Radini³, Marco Metra¹³,
Francesco Romeo¹⁴

¹U.O.C. Cardiologia-UTIC, Presidio Ospedaliero San Filippo Neri, Roma

²U.O.C. Cardiologia, Ospedale Garibaldi-Nesima, Azienda di Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi", Catania

³S.C. Centro Cardiovascolare, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata, Trieste

⁴U.O. Cardiologia Clinica e Scompenso Cardiaco, Policlinico di Monza, Monza

⁵S.O.D. Cardiologia Ospedaliera-UTIC, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti", Ancona

⁶Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano

⁷U.O.C. Cardiologia, Ospedale Ajello c/o Ospedale Vittorio Emanuele I, Castelvetro (TP)

⁸U.O. Cardiologia Universitaria, Ospedale Policlinico, Bari

⁹U.O.C. Cardiologia, Ospedale Civile, Guastalla (RE)

¹⁰U.O. Cardiologia Clinica, Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)

¹¹U.O. Cardiologia, Istituti Ospitalieri, Cremona

¹²Unità Integrata Scompenso Cardiaco, Ospedale di Assisi, Assisi (PG)

¹³Cardiologia, Spedali Civili, Brescia

¹⁴U.O.C. Cardiologia e Cardiologia Interventistica, Policlinico "Tor Vergata", Roma

Revisori del Documento

Pasquale Caldarola, Maria Frigerio, Domenico Gabrielli, Fabrizio Oliva, Vittorio Palmieri, Giovanni Pulignano, Stefano Urbinati

*Consensus Document Approval Faculty
in Appendice*

G ITAL CARDIOL – VOL 17 – LUGLIO/AGOSTO 2016

Il documento nasce dalla cardiologia ospedaliera

“ ...con la consapevolezza che

- la gestione dello scompenso

travalica la collocazione ospedaliera,

*- riconoscendo che è necessaria l'**integrazione***

con le società scientifiche espressione di tutte le altre professionalità

attive nella cura di questi pazienti, sul territorio,

negli ospedali e nella formazione specialistica “

**“assicurando la *continuità delle cure*
attraverso l’*integrazione***

- *dell’assistenza specialistica e*
- *della medicina generale”*

TERRITORIO

- Il crescente *invecchiamento delle popolazioni*
- l'incremento della *multimorbilità e cronicità*, impone lo *spostamento del baricentro dell'assistenza dall'acuzie alle lunghe fasi intercritiche che il paziente affetto da patologia cronica trascorre al di fuori dell'ospedale*

Nel periodo in cui:

***Il paziente non sta così male
(da essere ricoverato)***

***Ma non sta così bene
(da rimanere senza assistenza)***

obiettivo

- ***promuovere una più efficiente organizzazione in particolare per i pazienti anziani e per coloro che sono nella fase di transizione fra la fase acuta e cronica***
- ***attraverso la costituzione di una rete con il coinvolgimento delle strutture territoriali e ospedaliere***

...inoltre dal documento ANMCO/SIC

***“...il ruolo della **Cardiologia**...,
sia delineato non tanto sulla base della gravità,
ma anche e soprattutto sulla base del **valore aggiunto**
che le cure specialistiche possono apportare,
per esempio **all’esordio per inquadramento diagnostico
e di impostazione** e valutazione del risultati delle cure”***

...quindi:

***Creazione di collegamenti formalizzati
con strutture ambulatoriali di riferimento per:***

- indirizzare appropriatamente***
- evitare il ricovero di pazienti a basso rischio***
- prevenire accessi al pronto soccorso***

Pertanto coinvolti:

- ***gli organismi di governo e di amministrazione dei servizi sanitari,***
- ***le organizzazioni, le professioni sanitarie,***
- ***l'opinione pubblica,***
- ***la cittadinanza e i pazienti***

OBIETTIVI

- MIGLIORAMENTO **QUALITA' DI VITA**
- RIDUZIONE **OSPEDALIZZAZIONI**
- CONTENIMENTO **SPESA SANITARIA**

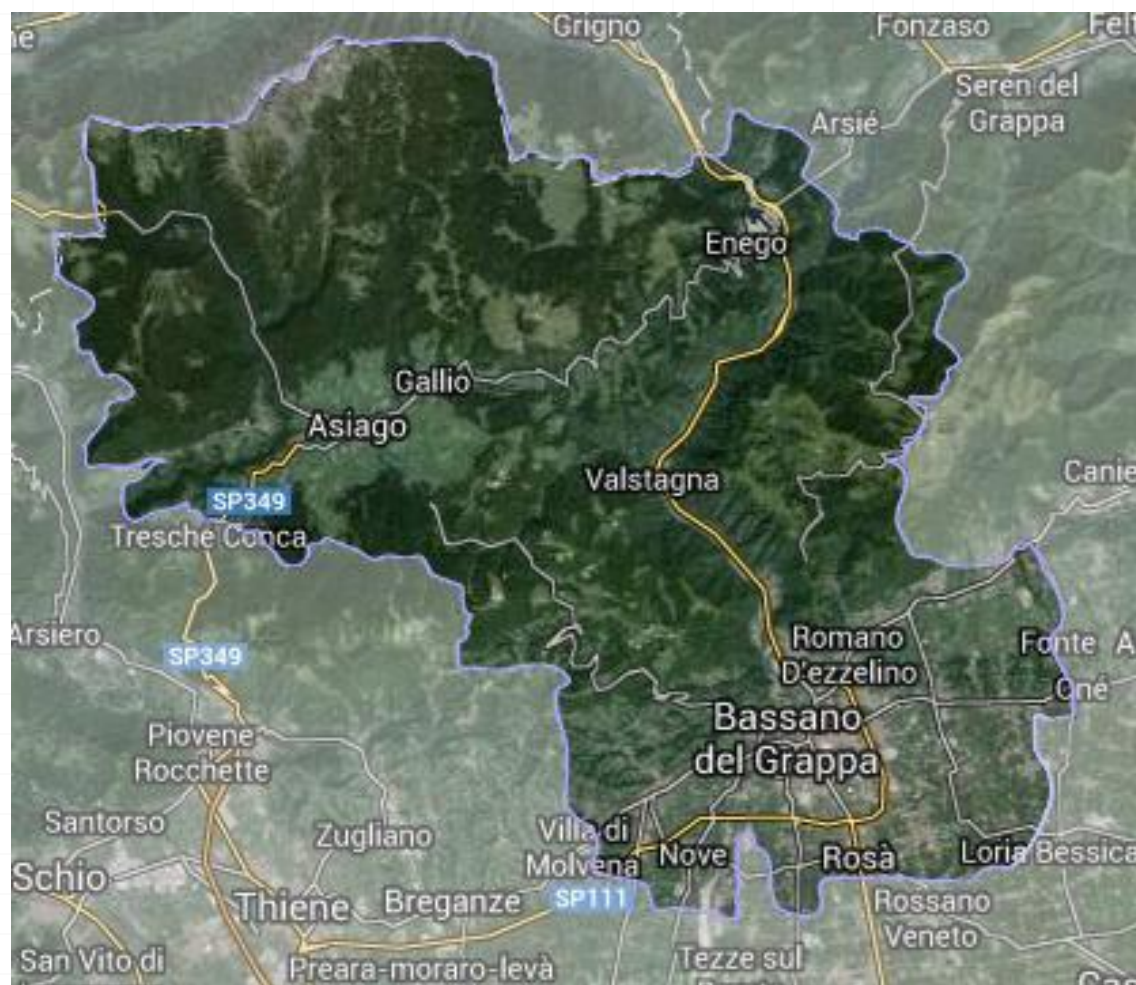
PROBLEMI

- **Eterogeneità** con cui il processo si sta realizzando
- **Collegamenti** funzionali non omogeneamente distribuiti all'interno delle **Regioni italiane**
- **non in tutte** le realtà i **presupposti** per la rete
- **dovranno maturare delle nuove realtà assistenziali**

ed ora, concretamente...?



REGIONE VENETO



ed ora, ci stiamo lavorando...

I PROGRESSI NELLA **DIAGNOSI** E NELLE **TERAPIE** HANNO CONTRIBUITO SIGNIFICATIVAMENTE

- **ALL'AUMENTO DELLA QUANTITA'**
- **AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'**

DELLA VITA

SCOMPENSO CARDIACO

recentemente inquadrato in 4 stadi (A,B,C,D)

- **STADIO A e B = FASI PRE-CLINICHE**
- **STADIO C e D = FORME CLINICAMENTE MANIFESTE**

**E' COMPITO DEL TERRITORIO
INDIVIDUARE ED INTERCETTARE
LA FASE PRE-CLINICA
DELLO SCOMPENSO CARDIACO**

LA **DIAGNOSI PRECOCE** DI DIFUNZIONE VENTRICOLARE SINISTRA ASINTOMATI

- HA UN FORTE IMPATTO CLINICO
- COSTITUISCE UN PERNO SU CUI COSTRUIRE
- **AZIONI PREVENTIVE NELLO SCOMPESO CARDIACO**

LA DISFUNZIONE VENTRICOLARE SINISTRA ASINTOMATICA

E' UNA CONDIZIONE PATOLOGICA **RELATIVAMENTE FREQUENTE
ESISTONO I MEZZI PER ARRIVARE FACILMENTE ALLA DIAGNOSI**

I **PAZIENTI POSSONO ESSERE:**

- **INDIVIDUATI**
- **UTILMENTE TRATTATI**
- **SI PUO' PREVENIRE O RITARDARE L'EVOLUZIONE
VERSO FORME CONCLAMATE E SINTOMATICHE DI
SCOMPENSO CARDIACO**

Definizione di Alto Rischio Cardiovascolare

Si considerano ad Alto Rischio Cardiovascolare i pazienti con almeno una di queste caratteristiche:

- Presenza di malattia CV manifesta
- Danno renale (GFR stimata < 60 ml/min e/o **micro/macroalbuminuria** adeguatamente accertate e riconfermate
- Diabete Mellito tipo 2
- Ipertensione Arteriosa con diagnosi ECGrafica IV SX

Le strategie iniziali per porre diagnosi:

DATI CLINICI per identificare i pazienti a rischio

- Ipertensione
- Diabete
- Cardiopatia ischemica
- Cardiopatia valvolare
- Insufficienza renale
- Obesità

ESAMI per aiutare nella stratificazione del rischio:

- **BNP**
- **proteina C reattiva**
- **microalbuminuria**

Per identificare i pazienti ad alto rischio cardiovascolare per i quali è opportuno utilizzare strategie preventive e terapeutiche maggiori

e quindi, l'organizzazione del territorio

PERCORSO TERRITORIO

percorso assistenziale integrato
in grado di gestire la patologia attraverso la
“presa in carico”
del paziente a 3 livelli:

- 1) MMG
- 2) CARDIOLOGIA TERRITORIALE
- 3) OSPEDALE

PERCORSO TERRITORIO

**MMG IDENTIFICA ED INVIA A VISITA PRESSO
LA CARDIOLOGIA TERRITORIALE
I PAZIENTI SELEZIONATI PER:**

- **ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

CARDIOLOGIA TERRITORIALE

ELETTROCARDIOGRAMMI: elettrocardiografo collegato in rete aziendale (ecg e referto su server aziendale, visualizzabile ovunque : territorio, ospedale , altopiano)

VISITE CARDIOLOGICHE (referti su server aziendale, visualizzabile ovunque lo storico e gli aggiornamenti)

ECOCARDIOGRAMMI (referti ed immagini su server aziendale)

HOLTER E TEST DA SFORZO (referti inviati su server aziendale)

CARDIOLOGIA TERRITORIALE

... inoltre ...

Tutte le Case di Riposo del Territorio dotate di elettrocardiografi collegati in rete aziendale

Tutti gli ELETTROCARDIOGRAMMI richiesti per pazienti ricoverati vengono eseguiti dalle infermiere delle Case di Riposo, al letto del paziente e inviati per via telematica, refertati dalla Cardiologia Territoriale consulenza telefonica per la gestione clinica dei pazienti con il MMG

CARDIOLOGIA TERRITORIALE

... inoltre ...

- alcune AFT (MMG associati) sono dotate di elettrocardiografi collegati in rete aziendale
- ELETTROCARDIOGRAMMI vengono eseguiti dalle infermiere presso gli ambulatori dei MMG associati ed inviati per via telematica
- **consulenza telefonica** per la gestione clinica dei pazienti con il MMG

CARDIOLOGIA TERRITORIALE

... inoltre ...

prestazioni da effettuare a DOMICILIO:

- visita cardiologica con elettrocardiogramma,
e, se necessari
- monitoraggi Holter e pressori delle 24 ore

CARDIOLOGIA TERRITORIALE

ECG, PAO, PESO, ALTEZZA, BMI

ANAMNESI E VISITA CARDIOLOGICA

ECOCARDIOGRAMMA

CONCLUSIONI con eventuali richieste per ulteriori accertamenti strumentali
(ecocardiogramma, Holter, test da sforzo, pressurometria, ecostress, miocardioscintigrafia...)

CARDIOLOGIA TERRITORIALE

VISIONE ESAMI (richiesta dal cardiologo per breve rivalutazione clinica ed aggiustamenti terapeutici e/o ulteriori richieste di approfondimenti)

EVENTUALE CONSULENZA TELEFONICA (tra cardiologo territoriale ed N o tra cardiologo territoriale ed ospedaliero)

CARDIOLOGIA TERRITORIALE

CONCLUSIONE DELL' ITER DIAGNOSTICO

REINVIO AL MMG

FOLLOW UP CON PROGRAMMAZIONE DI CONTROLLO

GESTIONE A DOMICILIO: MULTIDISCIPLINARE

E' indispensabile, per la gestione della patologia a domicilio, la **PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE** del paziente, con forte coinvolgimento del **TERRITORIO**:

- 1) **MMG**
- 2) **ASSISTENZA INFERMIERISTICA e FISIOTERAPISTI**
- 3) **ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO**

GESTIONE A DOMICILIO: MMG

**Al termine dell' iter diagnostico-terapeutico,
se il paziente raggiunge una stabilità clinica,
continua ad essere seguito da parte del **MMG****

GESTIONE A DOMICILIO: PERSONALE INFERMIERISTICO FISIOTERAPISTI

- **attività di educazione sanitaria:
stile di vita, attività fisica regolare**
- **rilevazione di parametri biologici:
pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso**

GESTIONE A DOMICILIO: ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

**Amici del Cuore, Amici della Riabilitazione, ecc.,
associazioni di volontariato che si occupano di:**

- **prevenzione** per la popolazione generale
- **riabilitazione** per i soggetti cardiopatici



**5° CONVEGNO NAZIONALE ANNUALE AISC – 30 SETTEMBRE 2019 – ASCEA MARINA (SA)
FONDAZIONE ALARIO- SALA AUDITORIUM PARMENIDE**

www.associazioneaisc.org

segreteria@associazioneaisc.org

GRAZIE!
ALLA TENACIA DI AISC NEL PERSEGUIRE
QUESTO PROGETTO, PER I PAZIENTI



**5° CONVEGNO NAZIONALE ANNUALE AISC – 30 SETTEMBRE 2019 – ASCEA MARINA (SA)
FONDAZIONE ALARIO- SALA AUDITORIUM PARMENIDE**

www.associazioneaisc.org

segreteria@associazioneaisc.org

