

Scompenso cardiaco

Riduzione dell'ospedalizzazione
primaria, mediante un
approccio congiunto Ospedale -
Territorio

Stefano Vianello

Direttore Servizi Sociali

ASL 14

Chioggia

Roberto Valle

Direttore

UOC Cardiologia - UTIC

Ospedale Civile

Chioggia

SCOMPENSO CARDIACO

- alta mortalita'
- alta morbilita'
- cattiva qualita' di vita
- elevata spesa sanitaria

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

- **Prevenzione delle instabilizzazioni**
- **Miglioramento di:**
 - 1. Sintomatologia**
 - 2. Qualità di vita**
- **Riduzione delle riospedalizzazioni**
- **Aumento della sopravvivenza**

CAUSE DI OSPEDALIZZAZIONE

follow-up inadeguato	35 %
cattiva compliance	15-32%
terapia inadeguata	17.0%
infezioni	
angina	
fattori iatrogeni	

Problemi “sociali”
Non autosufficienza
Solitudine
Depressione



1995



A MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION TO PREVENT THE READMISSION OF ELDERLY PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

MICHAEL W. RICH, M.D., VALERIE BECKHAM, R.N., CAROL WITTENBERG, R.N., CHARLES L. LEVEN, PH.D., KENNETH E. FREEDLAND, PH.D., AND ROBERT M. CARNEY, PH.D.

Abstract Background. Congestive heart failure is the most common indication for admission to the hospital among older adults. Behavioral factors, such as poor compliance with treatment, frequently contribute to exacerbations of heart failure. We conducted a randomized trial to test the hypothesis that a multidisciplinary intervention could be prevented.

Methods. We conducted a randomized trial of the effect of a multidisciplinary intervention on rates of hospital readmission, quality of life, and costs of care for high-risk patients 70 years of age or older who were hospitalized with congestive heart failure. The intervention consisted of comprehensive education of the patient and family, a prescribed diet, social-service consultation and planning for an early discharge, a review of medications, and intensive follow-up.

Results. The intervention group received conventional care (P=0.09). There were 94 readmissions in the control group and 53 in the treatment group (risk ratio, 0.56; P=0.02). The number of readmissions for congestive heart failure was reduced by 56.2 percent in the treatment group (54, vs. 24 in the control group; P=0.02). In other areas the number of readmissions was reduced by 28.5 percent (40 vs. 56; P not significant). In the control group, 23 patients (16.4 percent) had more than one readmission, as compared with 9 patients (6.3 percent) in the treatment group (risk ratio, 0.39; P=0.01). In a subgroup of 126 patients, quality-of-life scores at 90 days improved more from base line for patients in the treatment group (P=0.001). Because of the reduction in hospital admissions, the overall cost of care was \$460 less per patient in the treatment group.

Riammissioni: -56%

- In Letteratura internazionale è stata “invasa” da una plethora di modelli organizzativi dedicati alla gestione dello scompenso cardiaco.

Modelli – I dati della Letteratura

↓ Ospedalizzazioni

1. Modello di cura basato sull'ambulatorio SGC 53-85 %
2. Modello di cura basato su ambulatorio SGC con prevalente gestione infermieristica 10-60%
3. Modello di gestione infermieristica domiciliare dello SGC (con supporto medico) 40-62%
4. Modelli gestionali con tecniche di telemedicina 44-83%

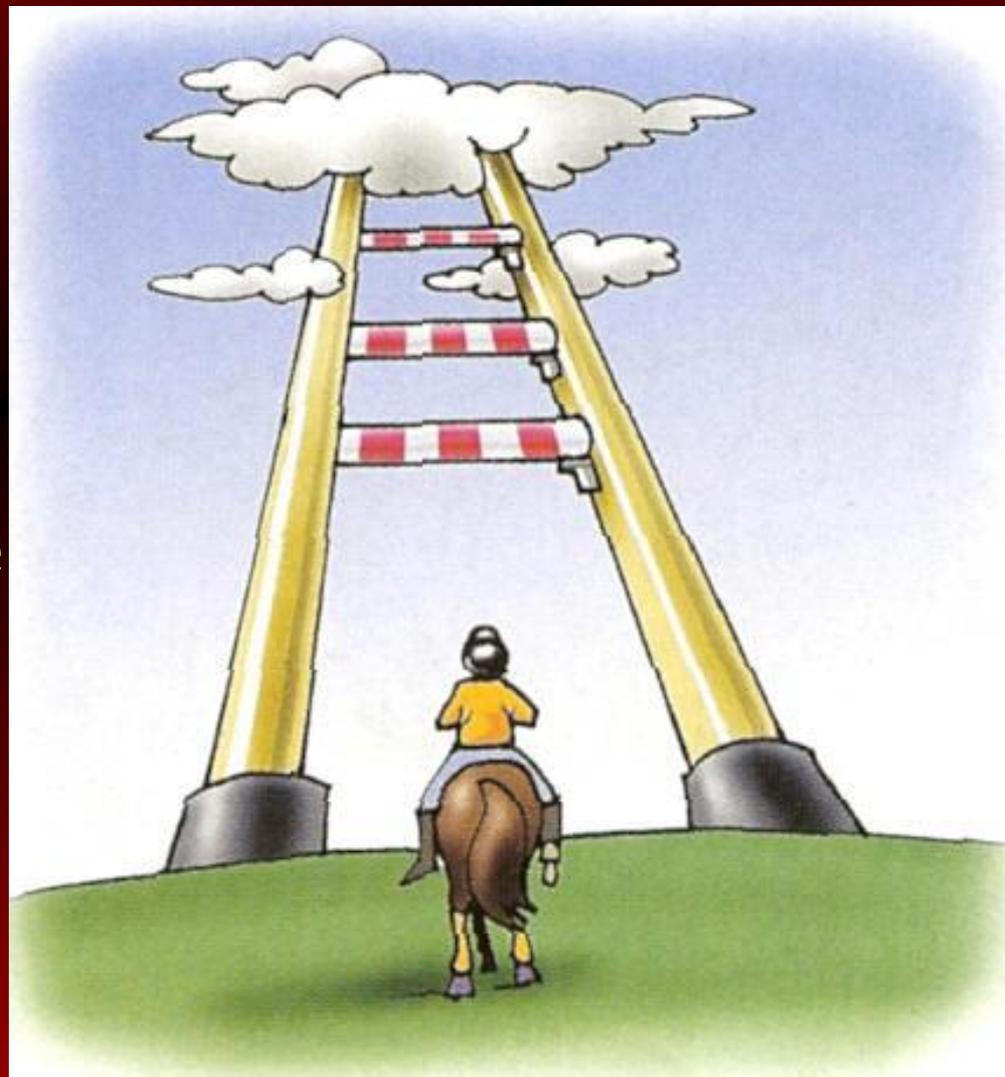
McAlister RA et al. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:810-8.

Phillips C et al. *JAMA* 2004;291:1358-67.

Capomolla S, Alunni GF. pg 183-212 in Luigi Tarantini. *Il pensiero scientifico editore, Torino 2005*

Che fare quindi?

Incidere sulla
ospedalizzazione
primaria dal
Territorio



Come?



UNAUDIT!



Metodi

Processo di identificazione

**Abitanti/assistiti Chioggia/Cavarzere/Cona
analizzati = 60.010**



Pazienti che assumono diuretici dell'ansa = 2.412



Pazienti affetti da scompenso cardiaco = 624



1,04%

Totale ASL14 del 14 giugno [modalità compatibilità] - Microsoft Excel

Home Inserisci Layout di pagina Formule Dati Revisione Visualizza

Courier New 9 A A

G C S

Carattere

Allineamento

Generale

Formattazione condizionale

Formatta come tabella

Stili cella

Inserisci

Elimina

Formato

Celle

B2

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	MMG	NOME	Data nascita	Scompenso 1	Criterio 2	Etiologia 3	Nascita	Genere	NYHA	4 FE	ACE-I (molecola)	mg / die	ACEARB
2			17/05/1927	1	1	I	81	2	2		Ramipril	5	1
3			22/07/1947	1	1	H	61	2	1		Enalapril	20	1

Totale ASL14 del 14 giugno [modalità compatibilità] - Microsoft Excel

Home Inserisci Layout di pagina Formule Dati Revisione Visualizza

Courier New 9 A A

G C S

Carattere

Allineamento

Generale

Formattazione condizionale

Formatta come tabella

Stili cella

Inserisci

Elimina

Formato

Celle

Ordina e filtra

Modi

Totale ASL14 del 14 giugno [modalità compatibilità] - Microsoft Excel

Home Inserisci Layout di pagina Formule Dati Revisione Visualizza

Courier New 9 A A

G C S

Carattere

Allineamento

Generale

Formattazione condizionale

Formatta come tabella

Stili cella

Inserisci

Elimina

Formato

Celle

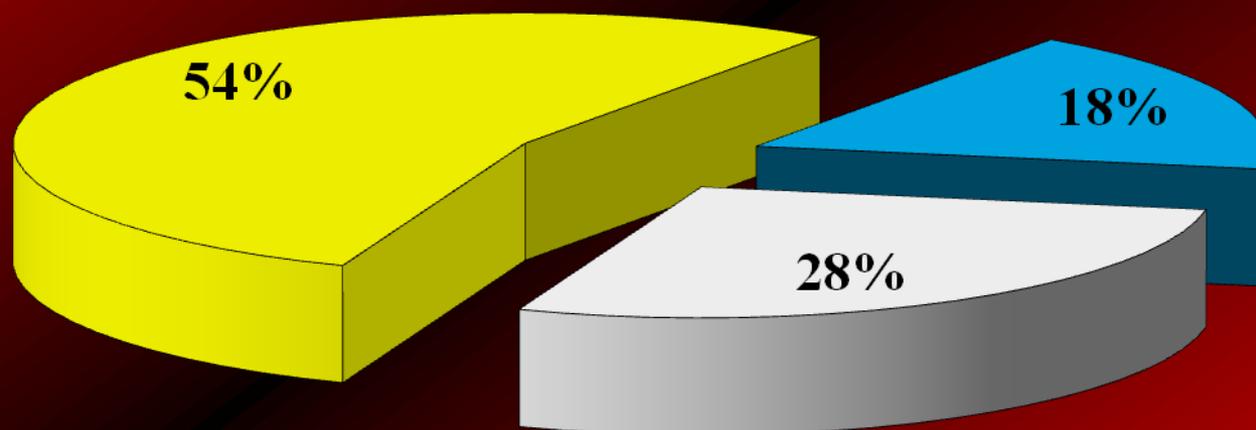
B2

	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN
1	PAS 7	PAD 7	FC 7	Edemi decliv	Creatinina 7	IRC	Sodiemi a 7	Na7	Emoglobina 7	Hb	Altre notizie rilevanti 8
2	140	80	65	1	1,71	1,71					
3	140	90		0	0,77	0,77	142	142	5,60	5,60	
4	140	85	74	0	7,40	7,40	143	143	10,4	10,4	

Caratteristiche basali

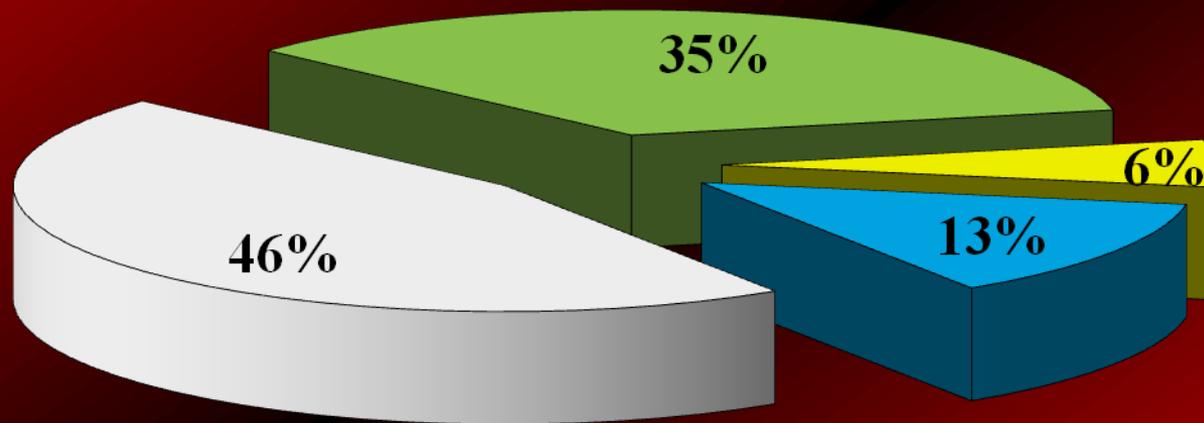
<u>Variabile</u>	<u>Media+DS</u>	<u>Range</u>
Età	77+10	20 - 108
NYHA	2,3+0,8	1 - 4
FE	47+12	10 - 73
Esordio (anni)	6+5	0 - 30
PAS	134+15	100 - 200
PAD	76+8	50 - 125
FC	75+9	50 - 120
Creatinina	1,3+0,7	0,1 - 8,9
Natriemia	140+4	121 - 148
Emoglobina	11,7+2,4	3,5 - 17,9

Criterio di diagnosi di scompenso

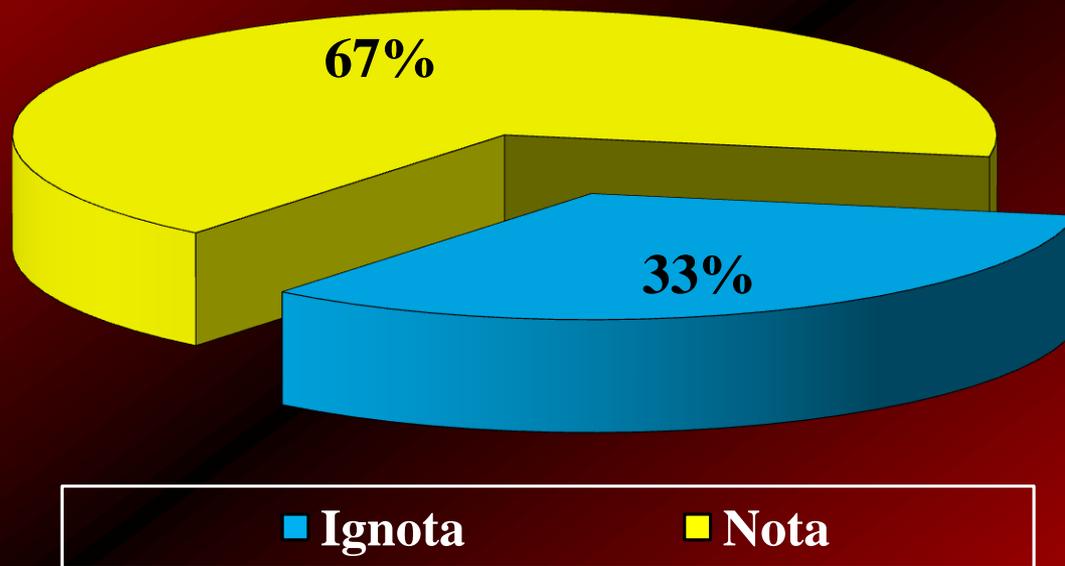


- 1 - Pregresso ricovero per scompenso
- 2 - Pregressa diagnosi strumentale di insufficienza cardiaca
- 3 - Evidenza clinica

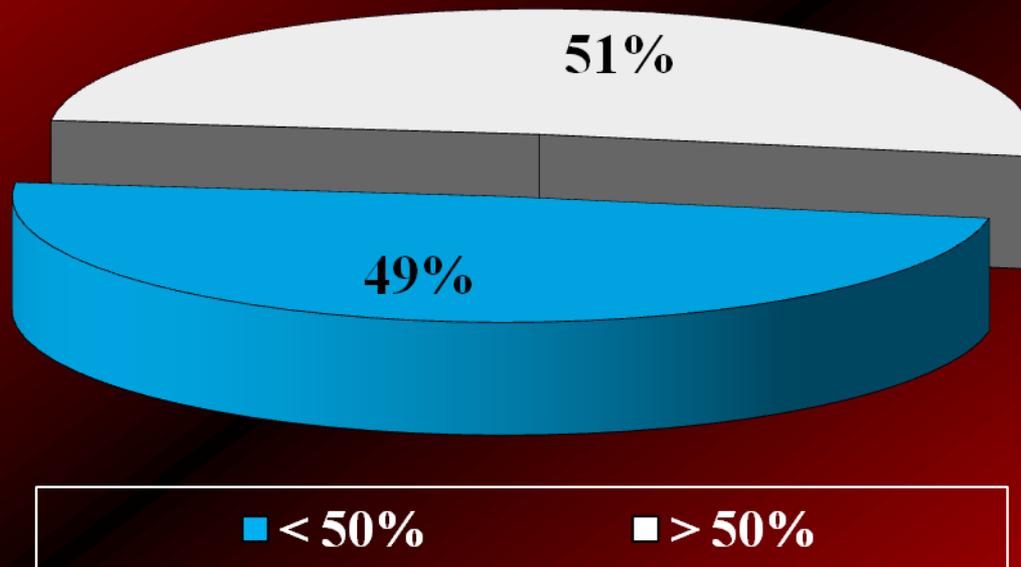
Classe NYHA (distribuzione)



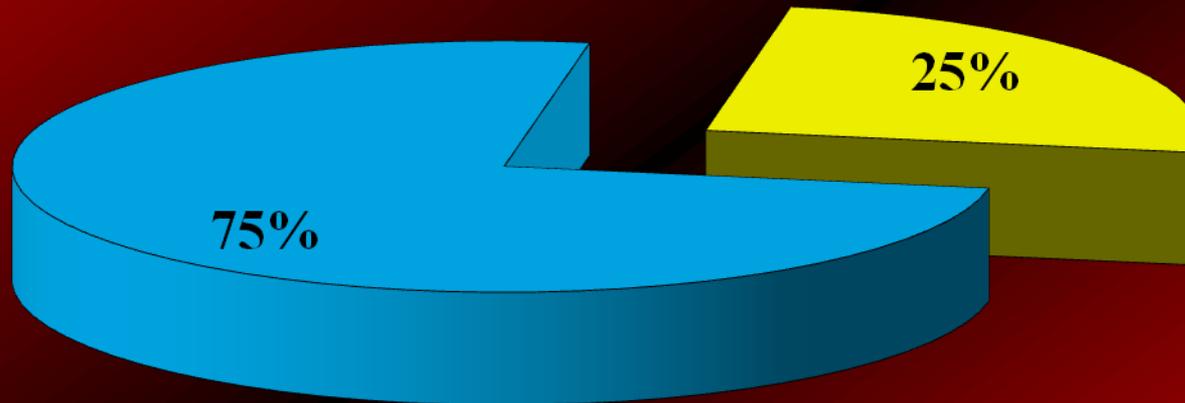
Frazione d'ejezione (percentuale di conoscenza)



Frazione d'ejezione (distribuzione)



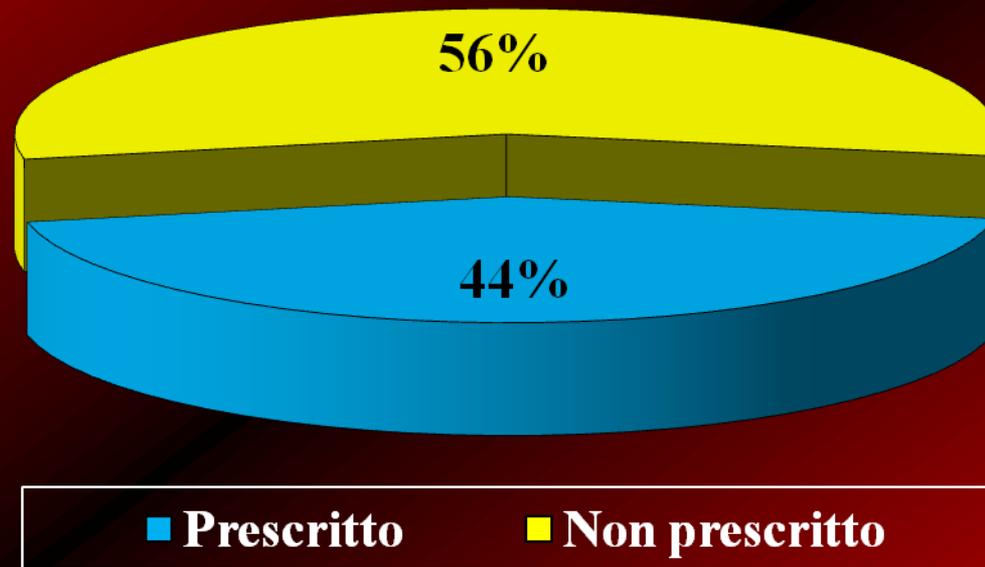
ACE-inibitori e/o sartani (percentuale di prescrizione)



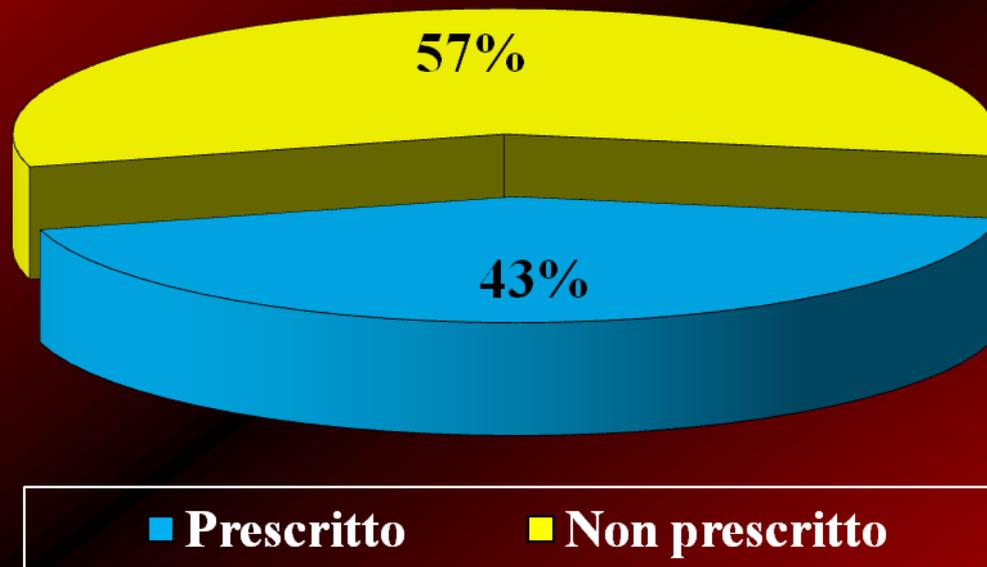
■ Prescritto

■ Non prescritto

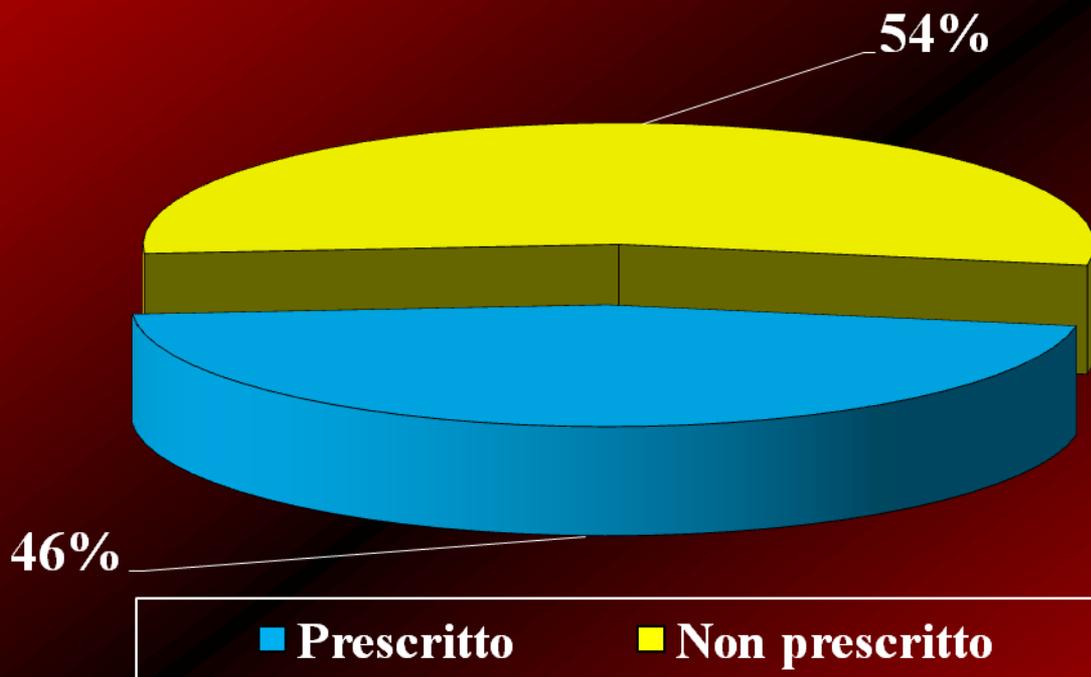
Beta-bloccanti (percentuale di prescrizione)



Antagonisti dell'aldosterone (percentuale di prescrizione)



Antagonisti dell'aldosterone (percentuale di prescrizione nei soggetti con FE ignota)



Obiettivi - diagnosi

- Migliorare l'accuratezza della diagnosi di scompenso,
- riducendo la percentuale di diagnosi clinica
- aumentando la diagnosi etiologica.

Obiettivi - diagnosi

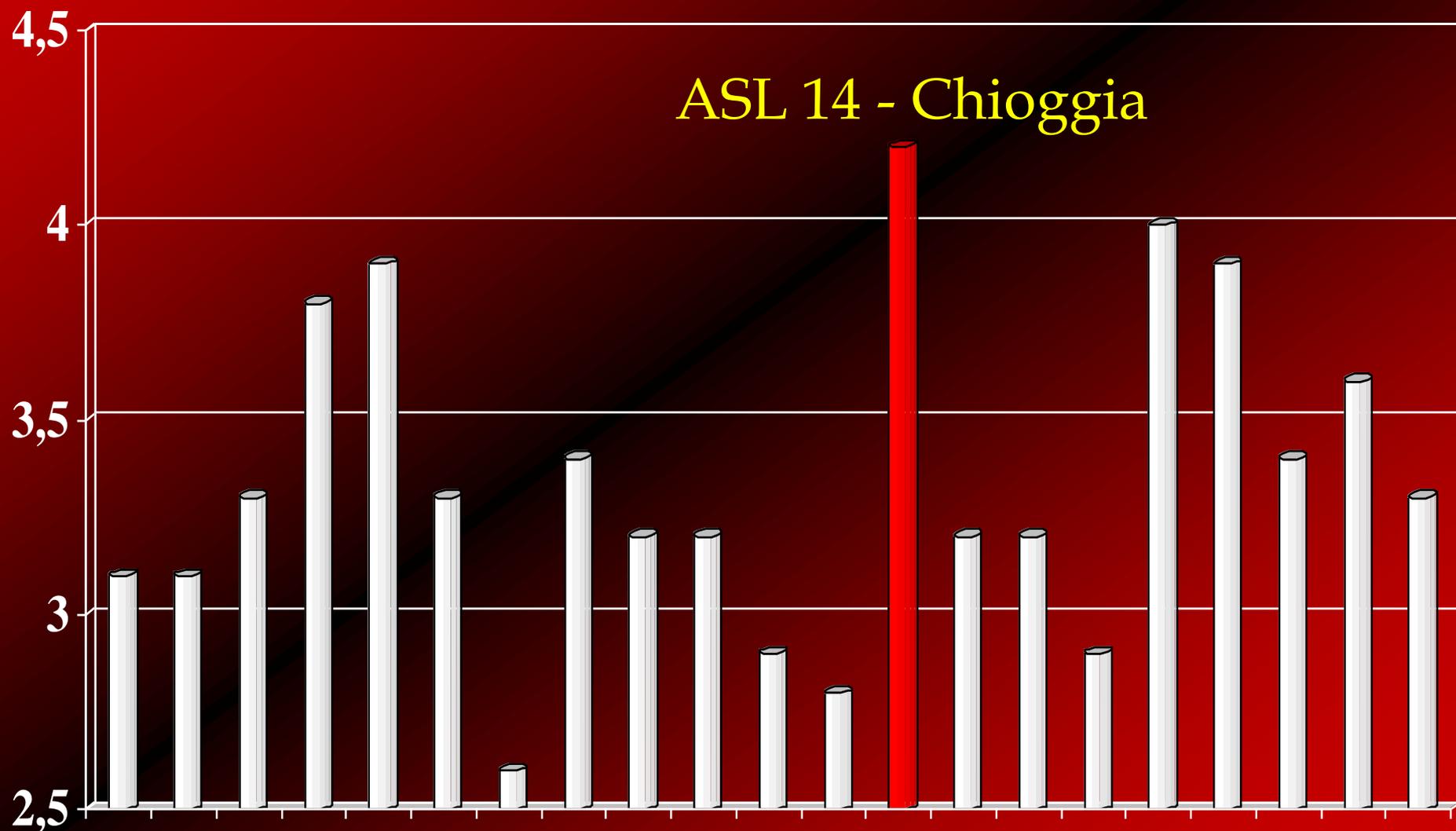
- Migliorare la percentuale di definizione della frazione d'eiezione ventricolare sin

Obiettivi - terapia

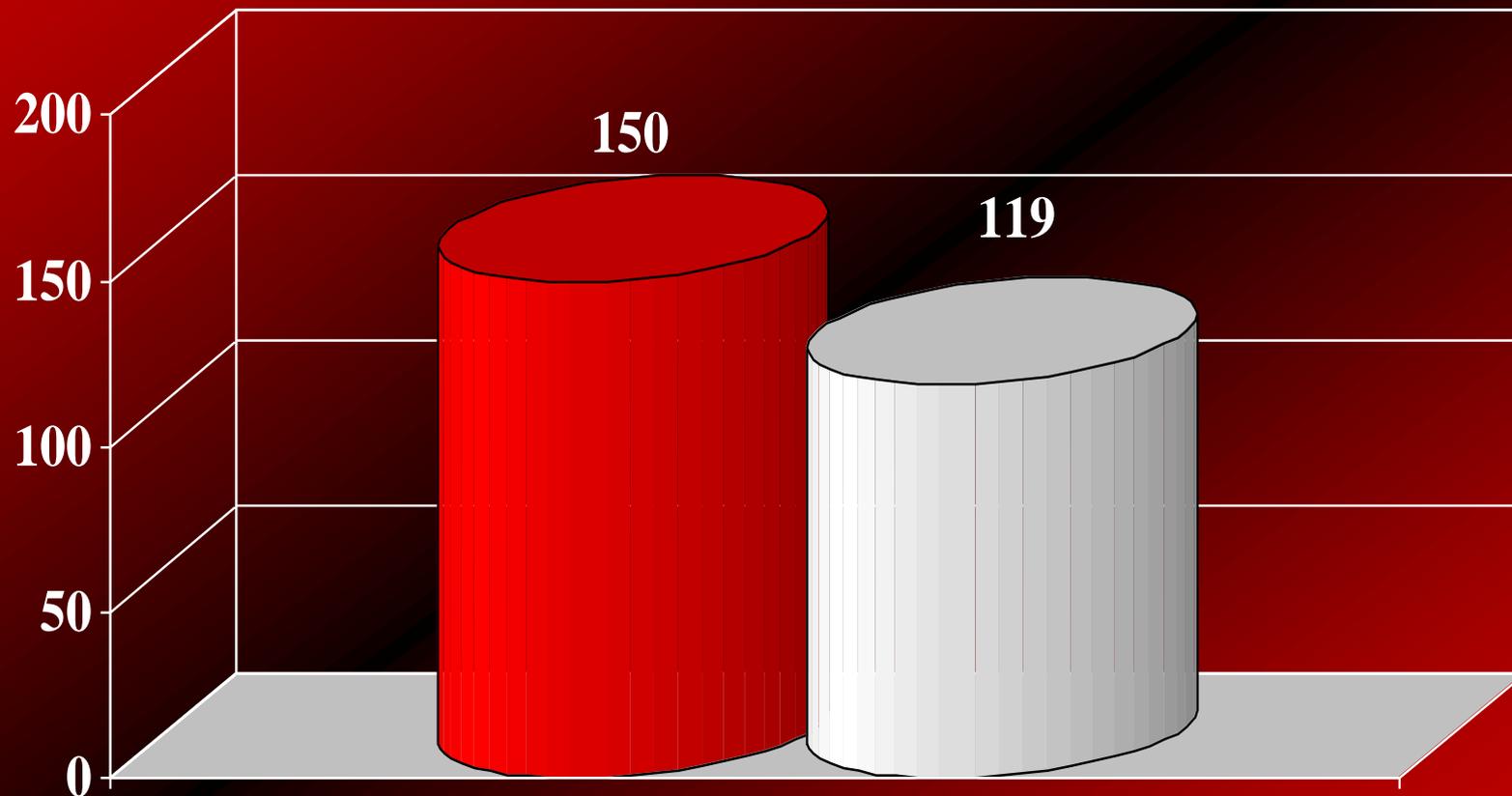
- Migliorare la percentuale di prescrizione di ACE-inibitori, contenendo quella di sartani nello scompenso avanzato.
- Migliorare la percentuale di prescrizione dei beta-bloccanti
- Migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli spirolattoni

*Che cosa si ottiene con questo tipo
di progetti?*

Ospedalizzazione per DRG 127 nel Veneto, per 1000 abitanti, anni 2000-2008

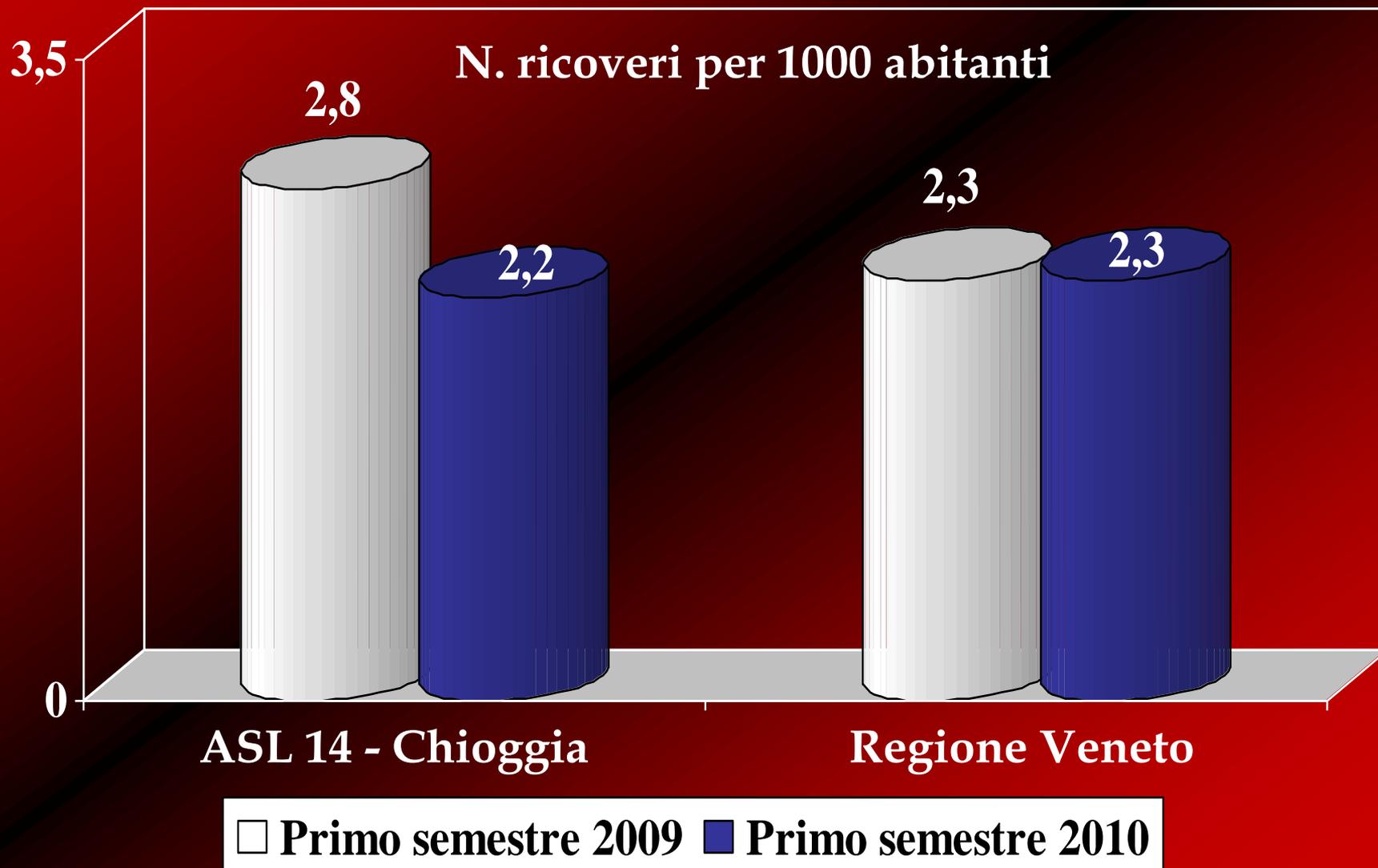


*Effetto dell'intervento Cardiologia – MMG
sull'ospedalizzazione per scompenso cardiaco
(DRG 127) nell'ASL 14 - Chioggia*

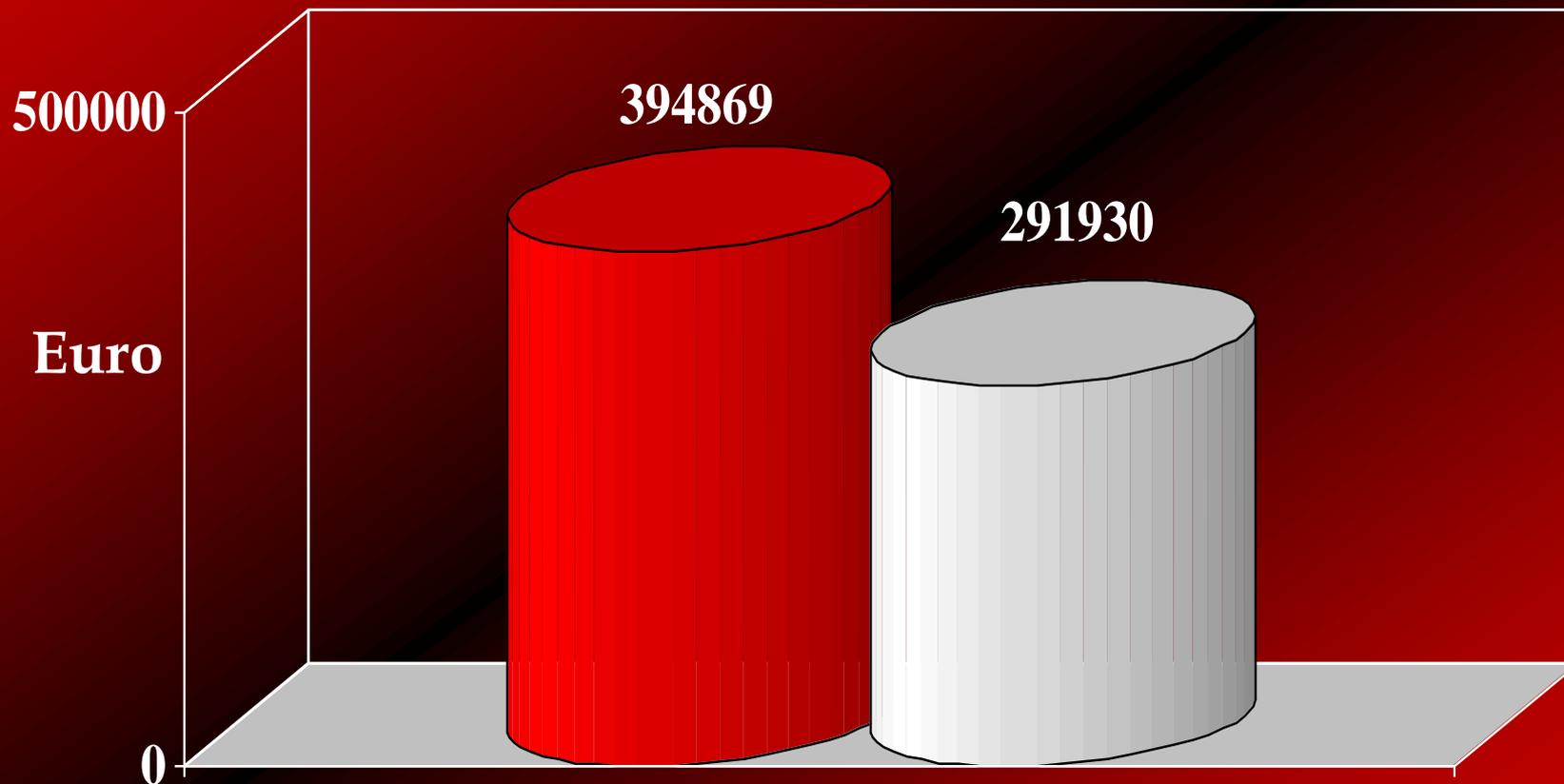


■ Primo semestre 2009 □ Primo semestre 2010

*Effetto dell'intervento Cardiologia – MMG
sull'ospedalizzazione per scompenso cardiaco
(DRG 127) nell'ASL 14 - Chioggia*



*Effetto dell'intervento Cardiologia – MMG sui costi per
l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco
(DRG 127) nell'ASL 14 - Chioggia*



■ Primo semestre 2009 □ Primo semestre 2010



VENETO/ A Chioggia ospedalizzazione primaria ridotta grazie alla sinergia con il territorio

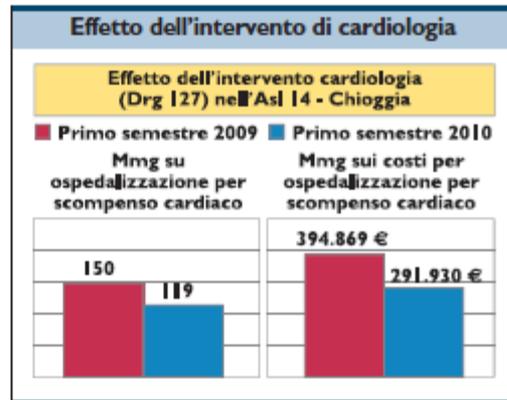
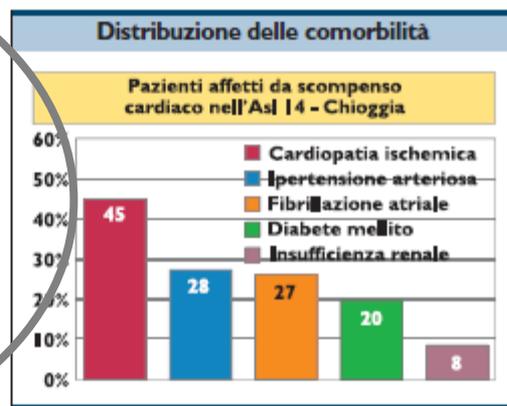
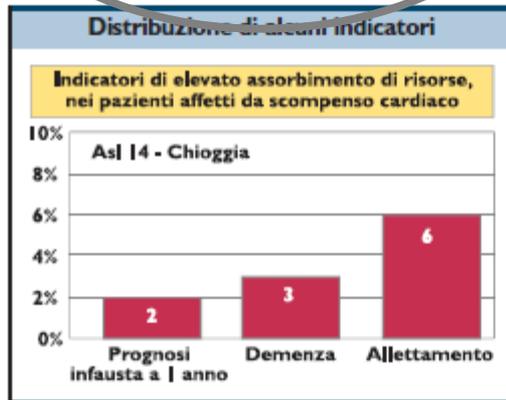
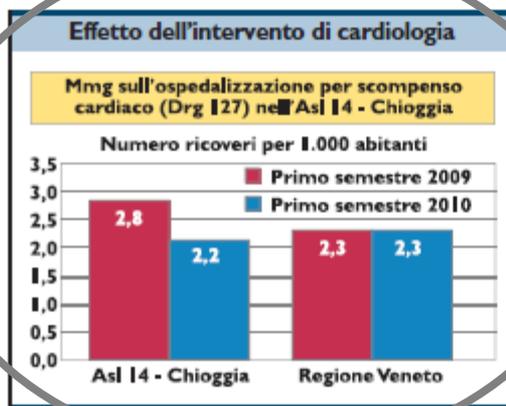
Scompenso, patto con i Mmg

I risultati: ricoveri in calo del 25% e risparmio del 26% sulla tariffa Drg

Lo scompenso cardiaco è ormai riconosciuto come un problema preminente di salute pubblica a causa della sua prevalenza, morbilità e mortalità e della conseguente, ingente, spesa sanitaria. Questo scenario ha determinato una attiva ricerca di modelli gestionali, finalizzati al miglioramento dell'efficacia clinica e dell'efficienza gestionale, a esempio per la gestione intra-ospedaliera del paziente che necessita il ricovero (Il Sole 24-Ore Sanità 22/2007) o il follow-up ambulatoriale post-dimissione, che si sono caratterizzati per ottimi risultati, sia sul piano clinico che su quello economico.

Ciononostante, l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco, nel nostro Paese, ha continuato a crescere, come conseguenza, da un lato del miglioramento delle cure dei pazienti cardiopatici e quindi comparsa della cronicizzazione della malattia e dall'altro dell'aumento della durata della vita media, che favorisce il manifestarsi di tutte le patologie degenerative, come lo scompenso cardiaco.

È evidente, quindi, la necessità di modelli innovativi, che incidano sul problema alla radice, individuando la "fonte" dei ricoveri ovvero i pazienti a rischio nel territorio. Questo approccio è però reso difficile dalla mancanza di dati precisi sulla prevalenza della malattia, proprio sul territorio, elemento fon-



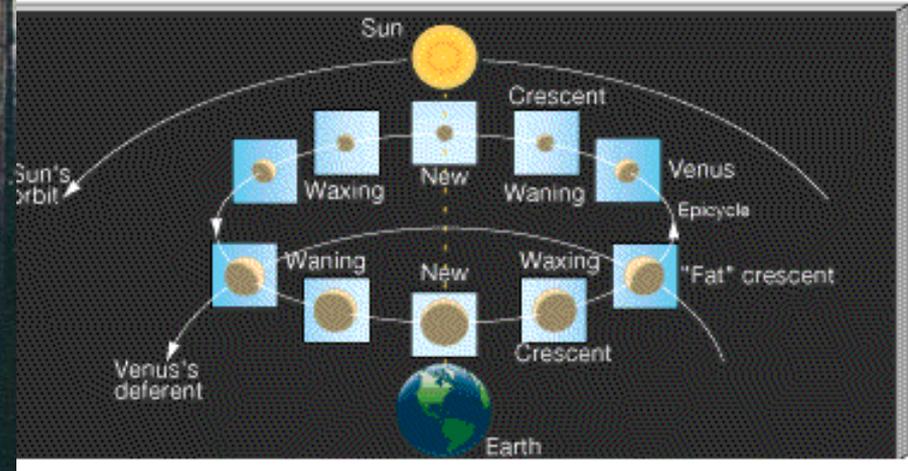
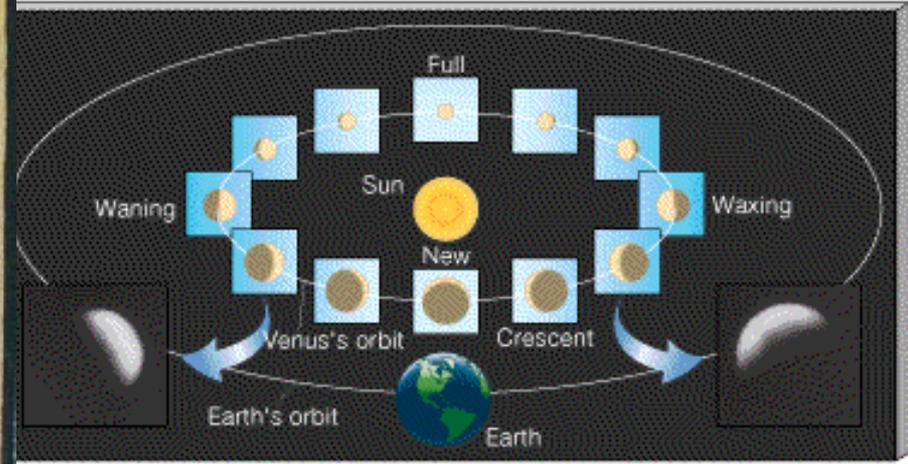
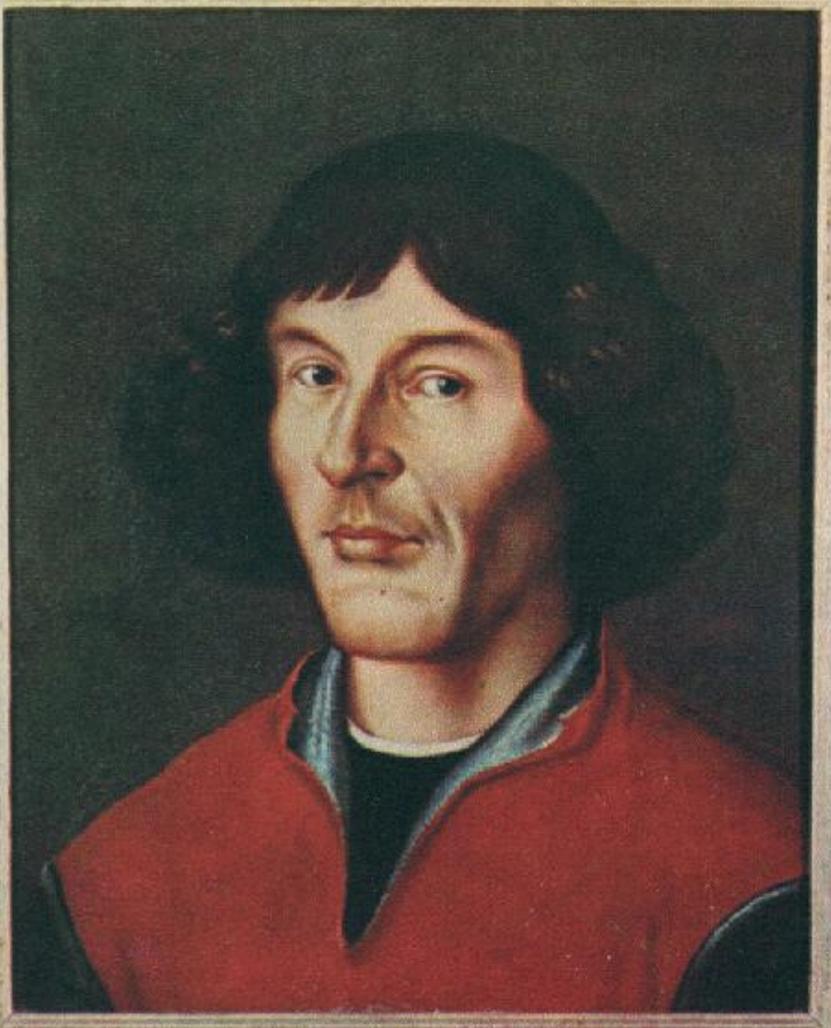
singolo, sulla base dei dati rilevati. Tale analisi è stata condotta nel secondo semestre 2009, grazie all'inserimento del progetto nel Patto aziendale con i medici di medicina generale, chiamato "Il Percorso diagnostico-terapeutico aziendale" (Pdta), che aveva come obiettivi: 1) ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare asintomatica; 2) ritardare la progressione della disfunzione ventricolare sin a scompenso conclamato; 3) ritardare la progressione dello scompenso nei pazienti affetti; 4) prevenire le riadmissioni e i ricoveri ospedalieri; 5) garantire assistenza specifica di tipo palliativo al paziente con scompenso terminale.

Base del lavoro è stato il pieno impiego di tutte le misure di provata efficacia, di natura farmacologica, dietetica e comportamentale, note per incidere favorevolmente sia sull'ospedalizzazione che sulla sopravvivenza. Dette misure sono state ottimizzate in tutti i pazienti afferenti ai Mmg, da luglio 2009 in poi, affetti da scompenso cardiaco.

L'efficacia del protocollo è stata misurata su un endpoint hard, quale il numero di ricoveri per scompenso su tutta la popolazione dell'Asl 14. Il confronto tra il primo semestre 2009 (prima dell'entrata in vigore del protocollo) e il primo semestre 2010, ha mostrato un calo rilevante dei ricoveri per Drg 127, pari al 25 per cento.

Come conseguenza virtuosa del calo dei ricoveri si è ottenuta una rilevante riduzione delle spese sanitarie, pari al 26 per cento.

NICOLAUS COPERNICUS.



Ambulatorio scompenso



Grazie dell'attenzione



Sbadiglio sincronizzato