

# GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E DELLA QUALITA' DELLE CURE

Percorsi diagnostico terapeutici del  
cardiopatico cronico complesso

---

Dott.ssa Antonella Cherubini

Dott. Andrea Di Lenarda

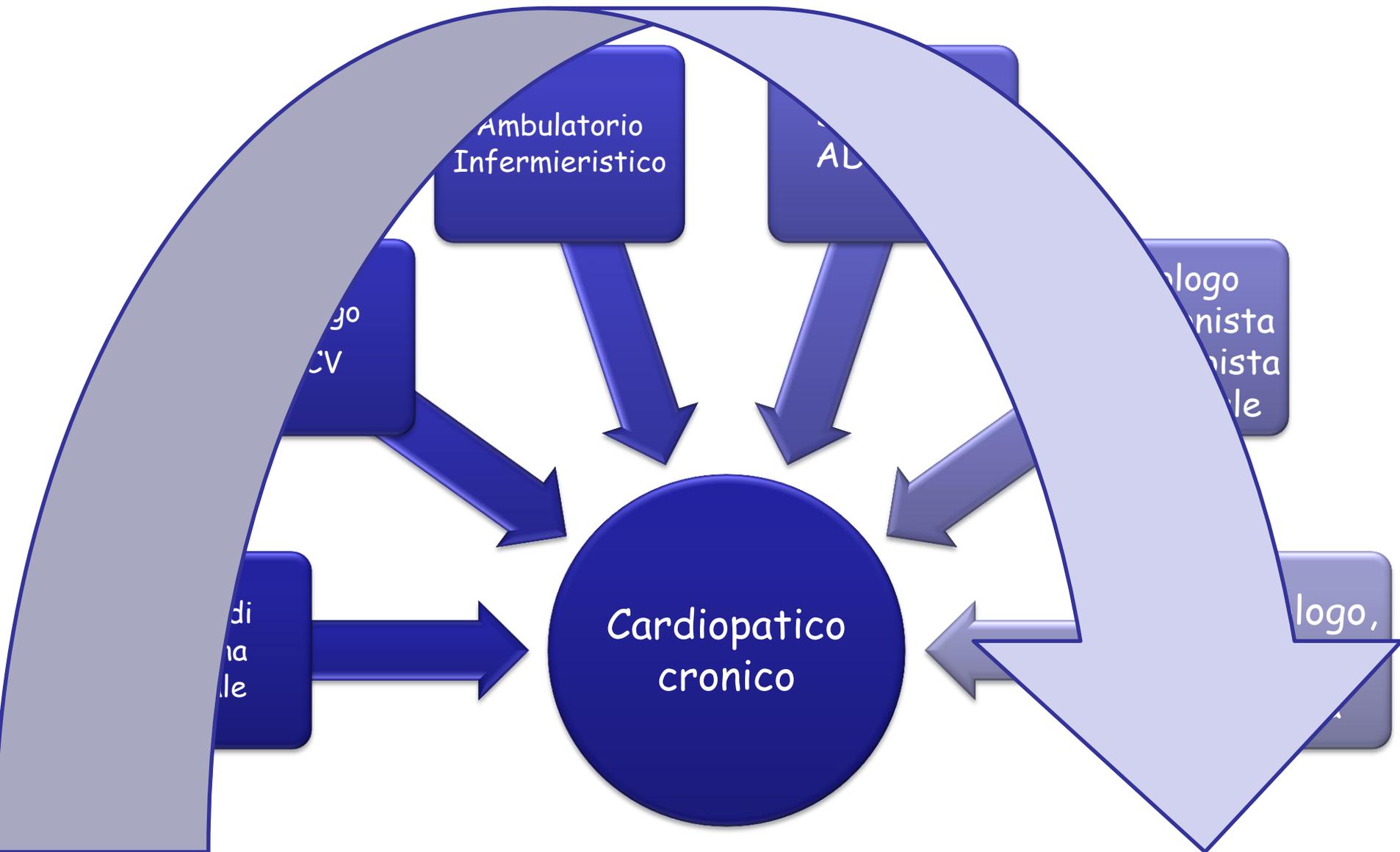
Centro Cardiovascolare, ASS1

Trieste

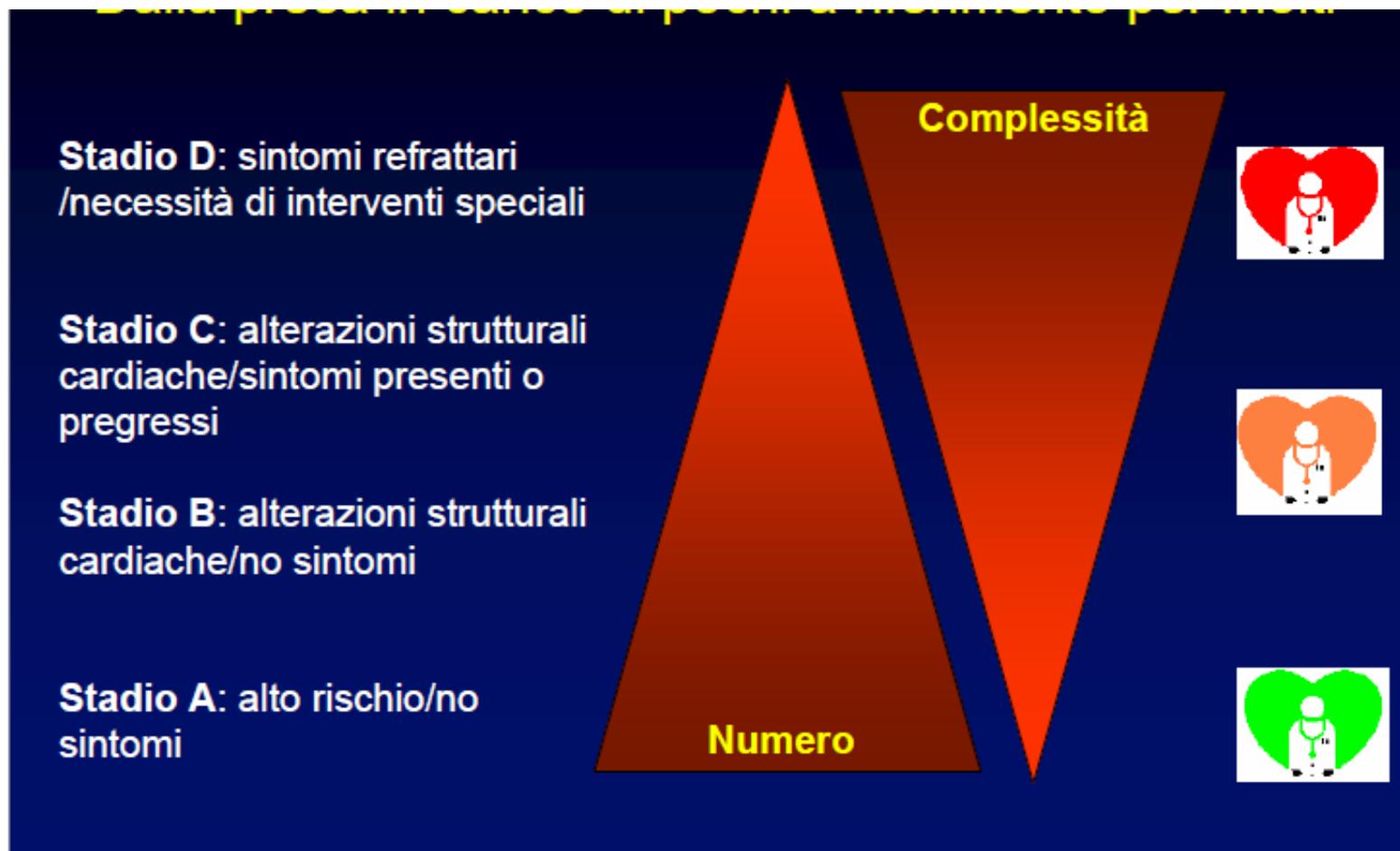




# Quali esigenze ha il cardiopatico cronico nel territorio?



# Ambulatorio del cardiopatico cronico



# Snodi organizzativi del follow-up del cardiopatico cronico

1. Una struttura assistenziale unita e coordinata, organica che guardi specificatamente al territorio
2. Un supporto di rete strutturata (ambulatori, rete informatica e tecnologica, cartella informatizzata)
3. Un ambulatorio multidisciplinare e multiprofessionale per il cpt cronico complesso
4. I fondamentali PDTA Ospedale-Territorio
5. I fondamentali PDTA Territoriali (MMG, Distretti, altri specialisti)



## Requisiti Organizzativi

- **Coordinamento** delle attività clinico-strumentali, delle risorse umane e tecnologiche «territoriali»
- **Offerta completa**: tutte le prestazioni CV non invasive
- **Offerta adeguata (2/3 presa in carico; 1/3 CUP):**
  - 6-7000 visite cardio/angiologiche/100.000 abitanti/anno
  - 3-4000 ecocardiogrammi/100.000 abitanti/anno
  - 1000 Test da sforzo.../100.000 ab/anno)
- **Continuità assistenziale** (agende di prenotazione nominali, lavoro in team, LG e protocolli operativi)
- **PDTA territoriali e ospedale-territorio**: prioritari, personalizzati, multidisciplinari, bidirezionali

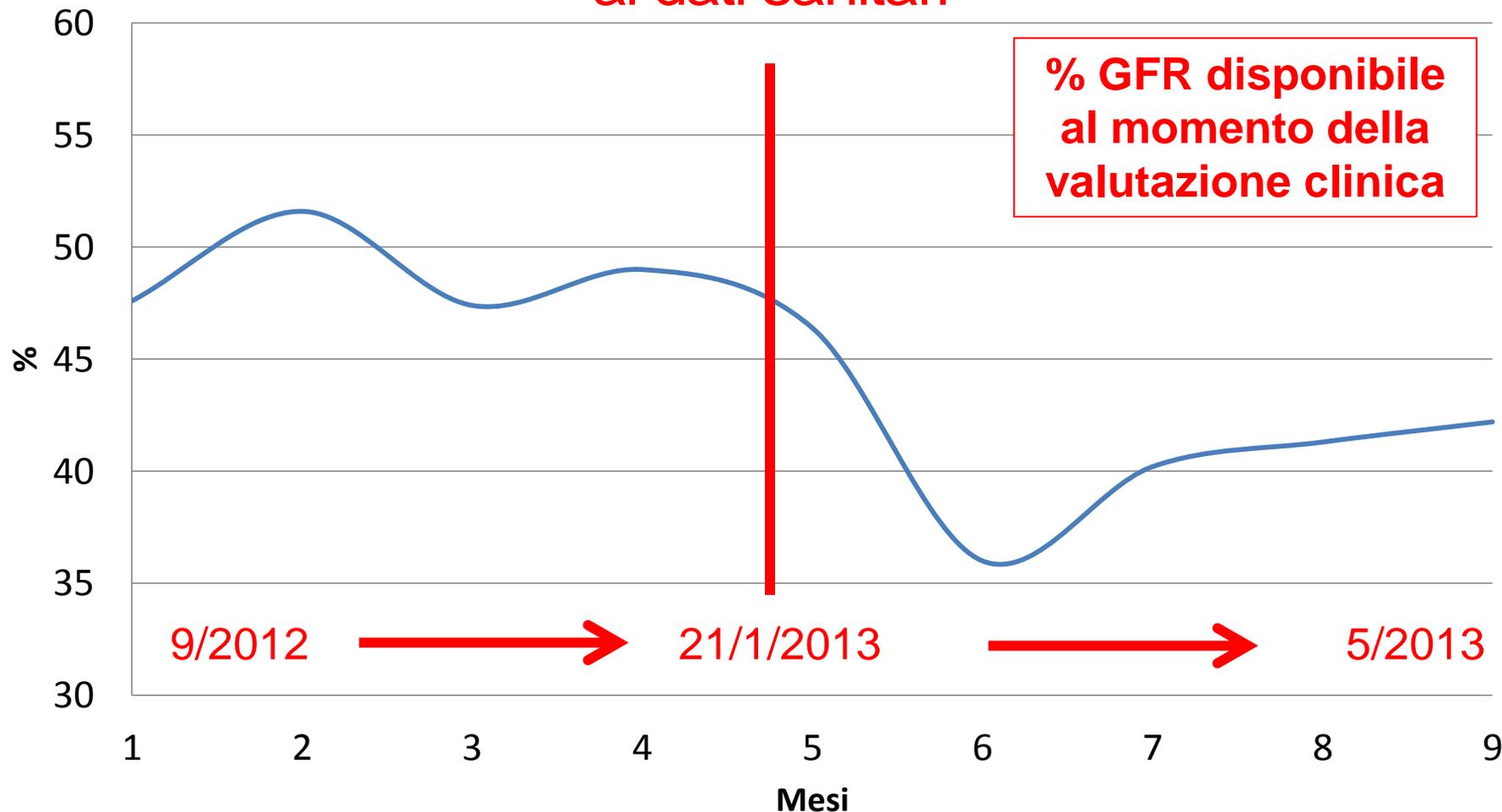


## Requisiti strutturali

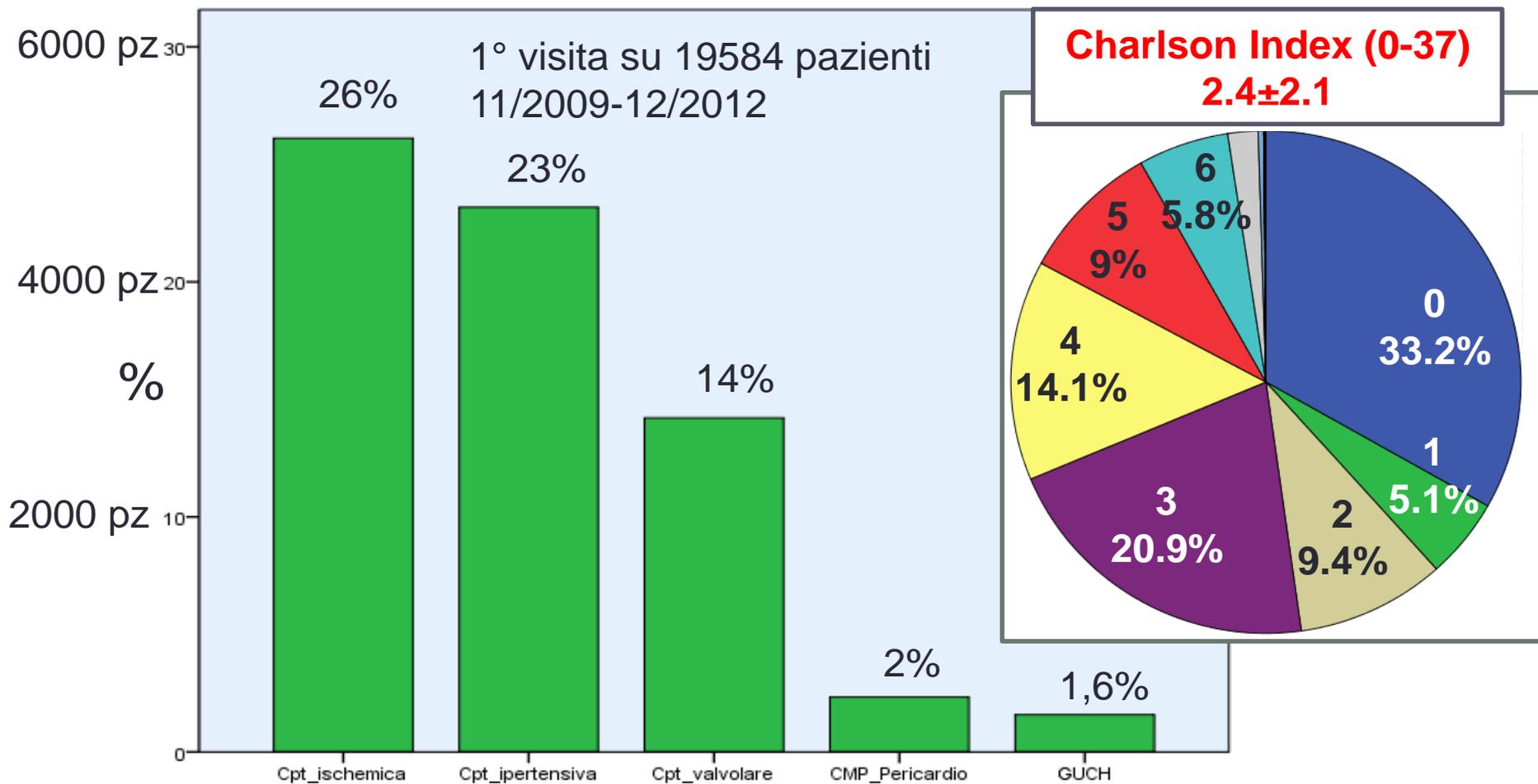
- **Rete informatica:** Dotazione Distretti, RSA, MMG, visualizzatore referti per inserimento/consultazione
- **Cartella cardiologica informatizzata condivisa:** Cardiologia ospedaliera e territoriale, Ambulatori distrettuali
- **Rete ECG:** Azienda ospedaliera e territoriale
  - Distretti, dotazione ECG (GSM) ADI, RSA, Case di Riposo, Casa Circondariale;
- **Rete 118 (ECG – cell dedicato):**
  - Rete Emergenza -> UTIC/Sala Emodinamica
  - Paziente stabile -> Cardiologia territoriale
- **PACS Interaziendale** Cardiologico – Radiologico
- **Telemedicina** (SCC avanzato - Smartcare)
- **Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare - Trieste**



# Impatto dell'obbligo del consenso informato sull'accesso ai dati sanitari



# Eziologia cardiopatia (età 74±10a; 73.1% ≥5 farmaci) (1° visita su 19584 pz, 11/2009-2012)



## La presa in carico nell'Ambulatorio del Cardiopatico Cronico

- Portatore di una cardiopatia avanzata
- Elevata probabilità di instabilizzazione
- Anziano
- Numero elevato di ricoveri
- Portatore di rischio CV «molto elevato» (LG ESC 2012)

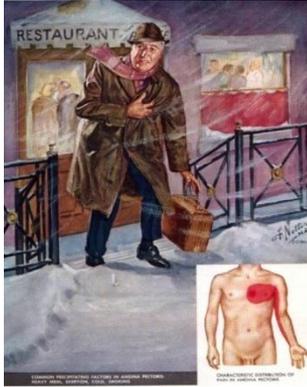
**Nel 2012 ...  
circa 8000 tra visite cardiologiche e/o  
angiologiche, controlli/conclusioni, screening e  
PDTA Ospedale-territorio e territoriali**

***con necessità di un PDTA Ospedale-Territorio e/o  
Territoriale personalizzato, prioritizzato, multidisciplinare  
(inclusa gestione Urgenza territoriale)***



# La rete ospedale – territorio del cardiopatico cronico - Trieste

## Presa in carico territoriale del paziente con recente evento CV (500 pz/anno)



Cardiologia e Cardiochirurgia  
Ospedaliera  
- UTIC, PCI, IABP, CABG, ecc

**SCA** ↓

Riab. ambulatoriale  
Riabilitazione del Cardiopatico



Riab. degenziale  
Pineta del Carso



**Ambulatorio del Cardiopatico Cronico**  
**Centro Cardiovascolare**



# Il percorso ospedale territorio del paziente con Scompenso Cardiaco (>200 pz/anno)

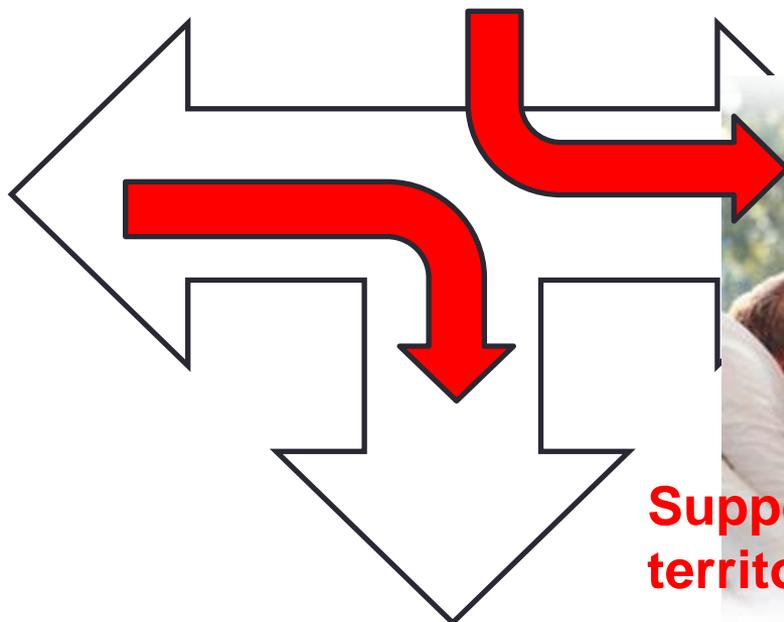
## Cardiologia

- SC acuto
- Amb Scompenso e Cardiomiopatie



## Reparti internisitici Riabilitazione degenziale

- Presa in carico
- Distretti (entro 30gg)
  - Strutture Intermedie**
  - Domicilio



**Supporto di un internista territoriale con cell dedicato**

Presa in carico (entro 30 gg):

**Ambulatorio del Cardiopatico cronico**  
**Ambulatorio dello Scompenso Avanzato e CP**  
**Centro Cardiovascolare**



# Consensus

Facciamo il punto a 5 anni dalla pubblicazione del documento

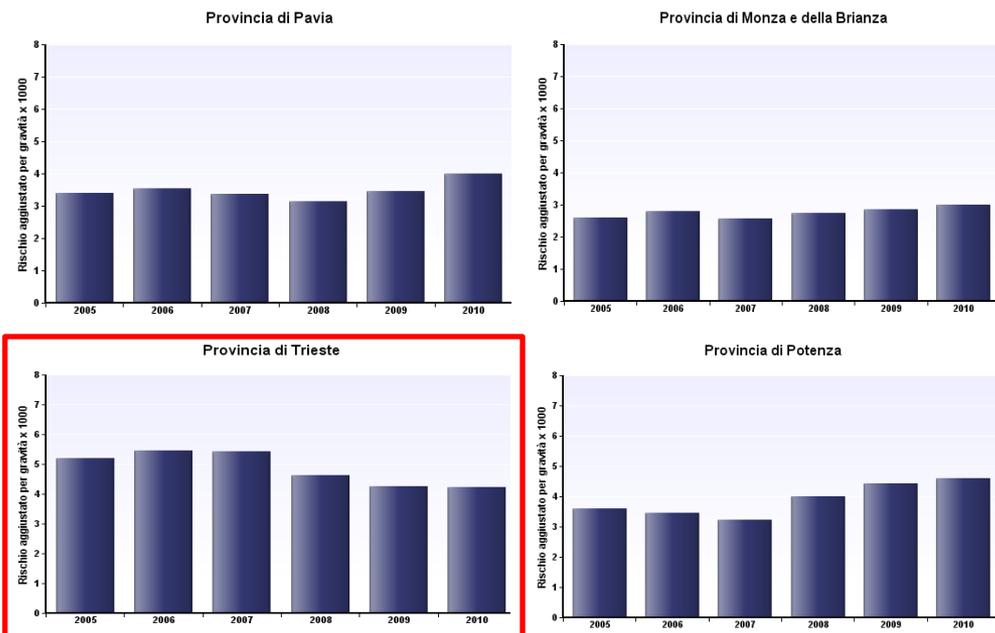
La rete per lo Scompenso Cardiaco in Italia cinque anni dopo la pubblicazione della Consensus Conference "Il percorso assistenziale del paziente con Scompenso Cardiaco": a che punto siamo?

Angela Beatrice Scardovi (1), Renata De Maria (2), Stefania De Feo (3), Maria Ausilia Petruzzi (4), Alberto Camerini (5), Manlio Cipriani (6), Giuseppe Di Tano (7), Mauro Feola (8), Attilio Iacovoni (9), Giovanni Pulignano (10), Giulia Russo (11), Gianfranco Misuraca (12). Area Scompenso Cardiaco - ANMCO.

In ricordo del dott. Gianni Gaschino che per primo si era occupato di questo sondaggio.

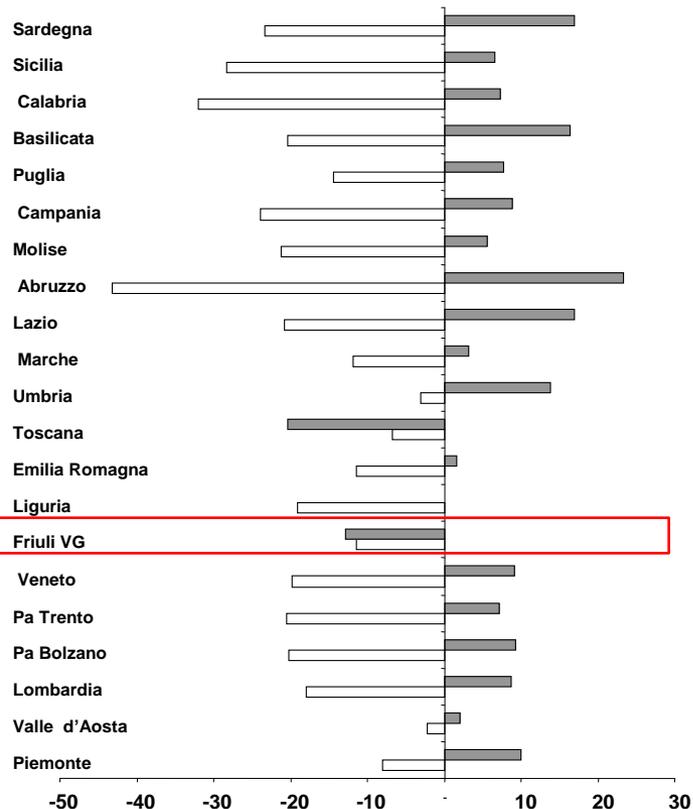
## Dati ufficiali del Ministero della Salute

### Ospedalizzazioni per scompenso cardiaco 2005-2010



Fonte Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) II Ed. 2011, SDO 2005-2010

□ Variazione percentuale dimissioni totali 2004-2010  
■ Variazione percentuale dimissioni DRG 127 2004-2010



# Dimissioni con DRG 127 (residenti TS) e presa in carico cardiologico ambulatoriale (2010)

	<b>Totale</b>	<b>Presi in carico (totale)</b>
<b>Dimissioni con DRG 127</b>	<b>1085</b>	<b>223 (20.5%)</b>
<b>Decessi intraospedalieri</b>	<b>99 (9.12%)</b>	<b>/</b>
<b>Dimessi da Cardiologia</b>	<b>134 (12.3%)</b>	<b>95 (70.9%)</b>
<b>Dimessi da SC Medicina Generale/Geriatria</b>	<b>956</b>	<b>118 (12,34%)</b>

**Età media:** pazienti presi in carico 77.1 anni; pazienti non presi in carico 81.9 anni; pazienti deceduti durante il ricovero 84.2 anni.



# **PDTA Ospedale-territorio per il paziente anziano con SCC in dimissione da Medicine/Geriatrie**

**Superiamo il concetto di prestazione (in risposta ad una richiesta) ed entriamo in una gestione proattiva e condivisa del paziente complesso, intercettandolo nelle fasi potenzialmente instabili della malattia.**

strutture distrettuali di pertinenza.



# Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco Avanzato e Cure Palliative

Richiede:

- Un'organizzazione ad hoc (team multiprofessionale e multidisciplinare, follow-up clinico e telefonico intensivo, cellulari dedicati medico e infermiere, strumenti di monitoraggio remoto)
- La condivisione di obiettivi e collaborazione con infermieri e psicologi per lo svolgimento di attività non esclusivamente cliniche e non soddisfabili dal solo personale medico



# La rete ospedale – territorio del cardiopatico cronico - Trieste

## Ambulatorio Infermieristico Cardiologico Territoriale



# 1

centro salute mentale  
Barcola - viale Miramare, 111

# SC Centro Cardiovascolare

**D1:** Amb. dedicato, CUP, ECG, Ecocardio  
Percorsi: Diabetologia, SID, MMG, **RSA, SS Anziani**

**Distretto 1  
Duino Aurisina**

**D2:** Amb. dedicato, CUP, ECG, Ecocardio  
Percorsi: Diabetologia, MMG, SID, Oncologia, **RSA**, Casa Circondariale, **SS Anziani**

**Distretto 2  
Via Vespucci**

**Distretto 3  
Via Puccini**

**Distretto 3  
Muggia**

**4 Distretto 4  
San Giovanni**

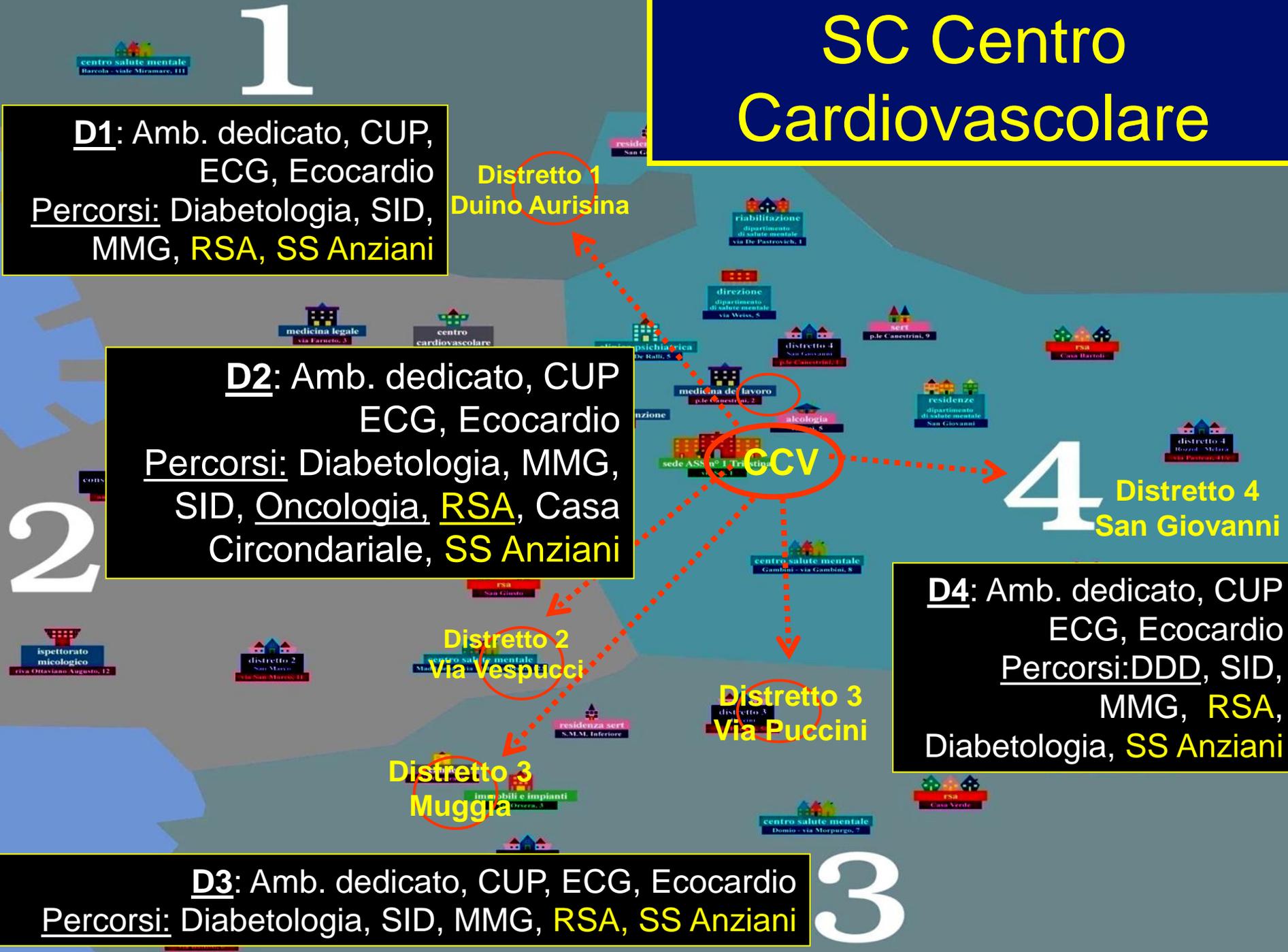
**D4:** Amb. dedicato, CUP, ECG, Ecocardio  
Percorsi:DDD, SID, MMG, **RSA**, Diabetologia, **SS Anziani**

# 2

**CCV**

**D3:** Amb. dedicato, CUP, ECG, Ecocardio  
Percorsi: Diabetologia, SID, MMG, **RSA, SS Anziani**

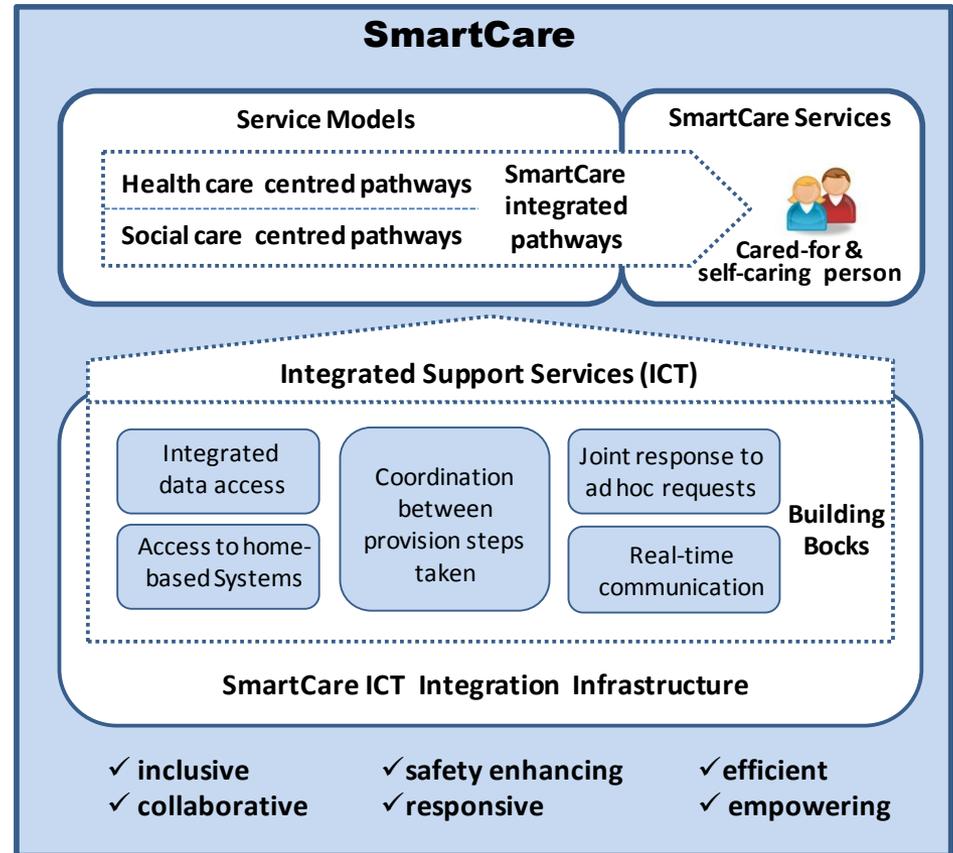
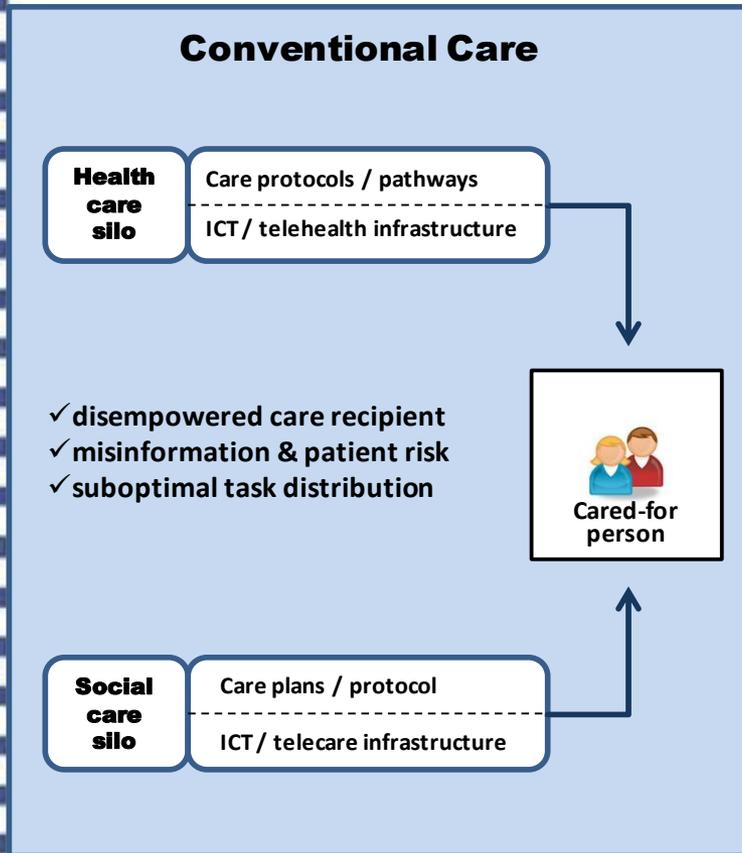
# 3



# SmartCare

## Dall'assistenza tradizionale a Smart Care

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
Azienda Servizi Sanitari  
N°1 triestina



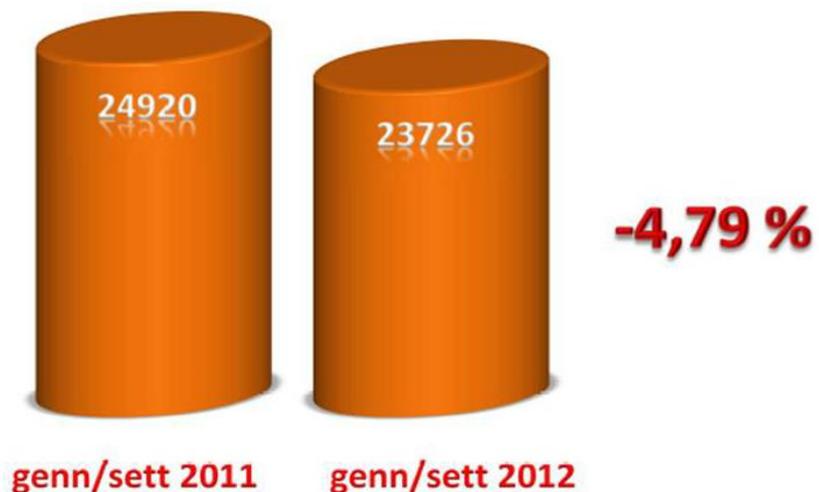
...in 200 utenti, in 20 distretti del Friuli Venezia Giulia

## L'“Urgenza” territoriale (700/anno)

- *Reperibilità cardiologica attiva 8-20 (cell aziendale) per visite urgenti (6-8 posti dedicati/die, entro 24 ore) per MMG, altre strutture/reparti, PS, 118 (pazienti «stabili», ECG normale) (≈1000 urgenze cardiologiche/anno)*
- *Triage infermieristico* per monitoraggio clinico, telemetrico, bioumorale e bioimpedenziometrico, ambulatoriale e/o remoto, in accordo con flow-chart predefinite
- Netta distinzione rispetto al percorso dell'emergenza (118 -> PS)
- **Aspetti positivi:**
  - Riduzione accessi PS
  - Appropriatelyzza dei PDTA prioritarizzati e personalizzati
  - Supporto e rassicurazione cardiologica, conoscenza (e comprensione) reciproca, crescita professione



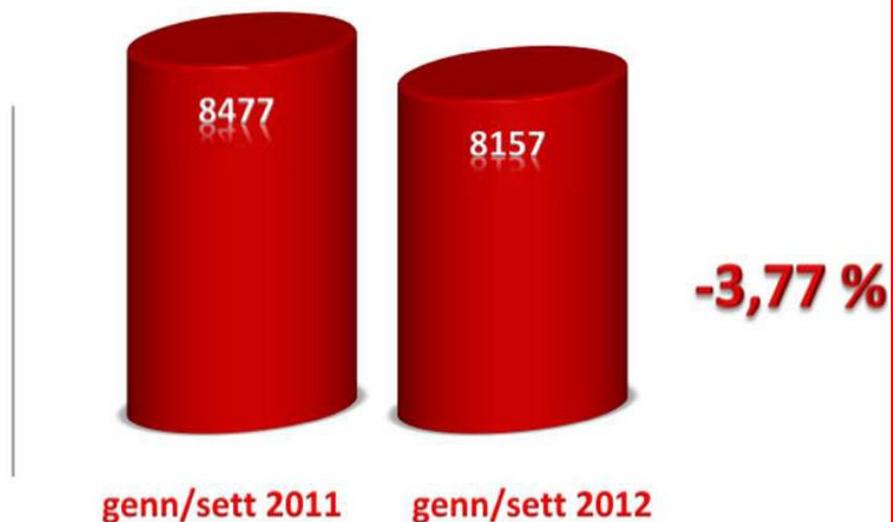
## Accessi totali PS Cattinara



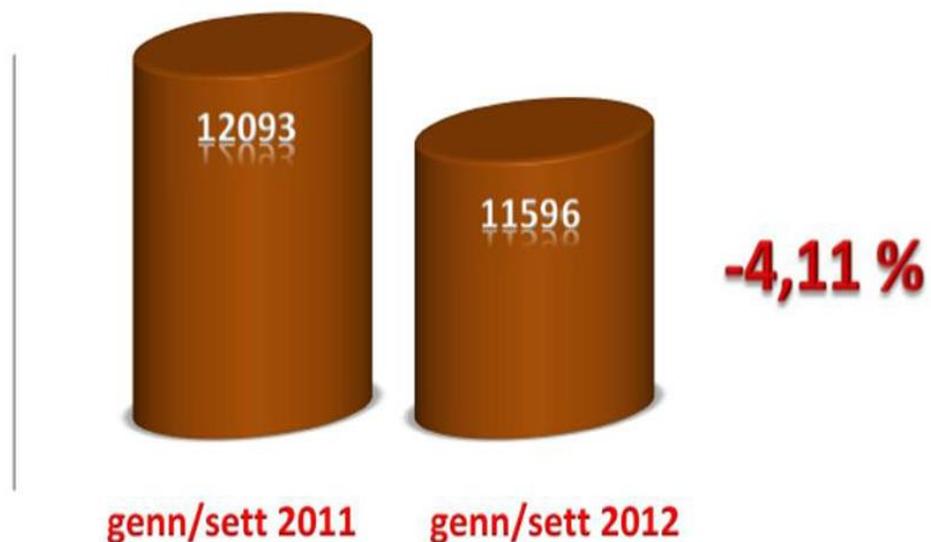
## Accessi codice bianco ultra75enni PS Cattinara



## Accessi ultra75enni con 118 PS Cattinara



## Accessi ultra75enni PS Cattinara



# La prevenzione della cardiopatia: presa in carico precoce del paziente a rischio CV molto alto

Paziente con rischio CV molto alto

Valutazione clinica/strumentale al Centro Cardiovascolare

Presa in carico cardiologica e/o rinvio a MMG e altro specialista



# Progetti di screening della cardiopatia e vasculopatia: 1.diabetico

## Macroangiopatia non coronarica avanzata/molto avanzata

### *Sintomatica*

- Precedenti eventi aterotrombotici
- Interventi di rivascolarizzazione

### *Non sintomatica*

- Arteriopatia periferica con ABI < 0.9;
- Stenosi carotidea asintomatica > 50%,
- Aneurisma aortico

**Score di rischio coronarico (UKPDS) > 30% a 10 aa**

## Score di rischio coronarico (UKPDS) > 20% a 10 aa + almeno uno dei seguenti:

- Placche ateromasiche determinanti stenosi  $\geq 20\%$  del lume vasale in qualsiasi distretto
- GFR <30 ml/min per 1.73 m<sup>2</sup>
- Neuropatia autonoma cardiaca
- Disfunzione erettile
- Familiarità di I- grado positiva per cardiopatia ischemica in giovane età (<55 aa maschi; < 65 aa femmine)

## Score di rischio coronarico (UKPDS) > 20% a 10 aa + almeno due dei seguenti

- GFR <60 ml/min per 1.73 m<sup>2</sup>
- Micro- o macroalbuminuria
- Retinopatia laser-trattata/proliferante



# Progetti di screening della cardiopatia e vasculopatia: 2. paziente con insufficienza renale avanzata

- ❑ Pazienti con malattia renale cronica sono ad alto rischio di sviluppare eventi cardiovascolari
- ❑ Scopo di identificare un danno subclinico cardiovascolare
- ❑ L'utilità di tale sforzo sta nel migliorare la stratificazione del rischio e ottimizzare il controllo dei fattori di rischio cv



# Percorsi diagnostico terapeutici del cardiopatico cronico complesso

## Take home message

- ❑ Sono incentrati sul paziente ed i suoi bisogni di salute
- ❑ Applicano linee guida e protocolli che coinvolgono team multiprofessionali e multidimensionali che condividono gli obiettivi e governano l'intervento socioassistenziale
- ❑ Il «case manager» cambia a seconda dello stadio della malattia e del programma terapeutico concordato ma va garantita la continuità assistenziale attraverso la rete di condivisione di dati
- ❑ Prevede la valutazione di indicatori di appropriatezza e la stretta monitorizzazione dei target di cura.

