



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato 2

PIANO OPERATIVO DEL PRP REGIONE SARDEGNA 2010-2012

ANNI 2010-2012

<p>1) Regione:</p> <p>Regione Autonoma della Sardegna</p>
<p>2) Titolo del progetto o del programma:</p> <p>Prevenzione e riduzione delle recidive dello Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) secondario a patologie cronico-degenerative</p> <p>Obiettivo generale di salute</p> <p>Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative</p> <p>Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione:</p> <p>RAS, Direzione sanitaria ASL, AOU, Specialisti cardiologi dei Servizi di cardiologia e della specialistica ambulatoriale, MMG, Enti Locali/Servizi Sociali, Associazioni Pazienti cardiopatici, associazioni di farmacisti, Servizio farmaceutico ASL.</p>
<p>3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale di cui in Tabella 1:</p> <p>MACROAREA :4</p> <p>Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia</p> <p>LINEA DI INTERVENTO GENERALE 4.1:</p> <p>Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico.</p>
<p>4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale:</p> <p>4.1.1</p>

5 BREVE DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO

5.1 Analisi di contesto

Tra le patologie cardiovascolari cronico-degenerative più frequenti, gravi e invalidanti, lo Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) ha un ruolo di primo piano. Si tratta, infatti, di una patologia in costante aumento nel mondo occidentale, in contro-tendenza con quasi tutte le altre malattie cardiovascolari. Le principali cause di questo fenomeno vanno ricercate principalmente oltre che nell'invecchiamento della popolazione, a cui si associa un carico maggiore di patologie degenerative (ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemia, sovrappeso, obesità) nei grandi progressi nel trattamento di gravi patologie cardiovascolari, che fanno aumentare il numero di pazienti che sopravvivono ad un episodio acuto (ad esempio l'infarto del miocardio) esponendo gli stessi ad un futuro di cardiopatici cronici a causa del danno strutturale residuo. Nessuna di queste due cause sembra destinata a modificarsi nel prossimo futuro.

In Italia si stima che l'incidenza annuale e la prevalenza dello SCC siano rispettivamente di 3 e 20 pazienti/1000 abitanti nella popolazione generale e di 28 e 80/1000 nella popolazione anziana. Lo SCC è la più frequente causa di ospedalizzazione nelle persone di età > 65 anni ed è la seconda causa di visite ambulatoriali dopo l'ipertensione arteriosa, con un costo pari al 2% dell'intera spesa sanitaria pubblica italiana.

I dati del Ministero della Sanità del 2003 riportano 190.340 ricoveri per SCC con una durata media di 9 giorni e 1.704.386 giornate di degenza (il DRG 127 dello SCC è al quarto posto per frequenza di ricoveri ed al primo posto per numero complessivo di giornate di degenza e costi). La spesa italiana annuale per SCC è dunque stimabile attorno a € 680.000.000.

In Sardegna nel 2004 si sono registrati 4.193 ricoveri, con una durata media di ospedalizzazione di 8,38 giorni, per circa 40.000 giornate complessive di degenza. La spesa è stimabile in circa € 16.000.000. Poiché i 2/3 dei costi per SCC riguardano le ospedalizzazioni, questa voce è anche un obiettivo centrale di interventi volti a ottimizzare l'impiego delle risorse attraverso una riduzione del numero di ricoveri e dei tempi di degenza, agendo su una migliore gestione territoriale integrata della fase preclinica e dello stadio paucisintomatico, nonché del post-ricovero per la prevenzione delle riospedalizzazioni.

L'attuale modello di gestione dello scompenso è insoddisfacente perché non assicura la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, infatti, non realizza la necessaria integrazione tra ospedale, MMG e cardiologi ambulatoriali del territorio. La mancata integrazione fa sì che il paziente affetto da SCC spesso non segua

adeguatamente tutte le terapie di provata efficacia consigliate dalle linee guida e non sappia gestire la propria malattia, andando così incontro a nuove riacutizzazioni e nuovi ricoveri.

La prevenzione delle riacutizzazioni richiede da parte dei cardiologi, internisti e dei MMG l'utilizzo delle terapie di provata efficacia, nonché l'adozione di un innovativo sistema di assistenza integrato, con l'obiettivo di migliorare la sopravvivenza e qualità di vita del paziente e di prevenire e/o ridurre le recidive e i ricoveri, garantendo la continuità delle azioni non completate nel precedente Piano di Prevenzione. Si tratta di aumentare l'efficacia, l'efficienza, e l'appropriatezza dell'intervento assistenziale.

Secondo la European Society of Cardiology, un programma di gestione dello scompenso cardiaco cronico dovrebbe includere i seguenti elementi:

- Approccio sanitario multidisciplinare, collaborazione tra medici territoriali e ospedalieri;
- Primo contatto durante il ricovero, follow-up precoce dopo la dimissione mediante visite in ambulatorio o a domicilio;
- Monitoraggio dei pazienti ad alto rischio o sintomatici;
- Ricovero facilitato in caso di recidive di scompenso;
- Applicazione dei protocolli terapeutici con accesso anche alle opzioni terapeutiche più avanzate;
- Educazione del paziente alla conoscenza della propria malattia e dei sintomi, alla aderenza alla terapia e all'uso flessibile dei diuretici;

Supporto psicosociale ai pazienti, alle famiglie o a chi assiste il paziente.

5.2 Breve descrizione del progetto

Il progetto inserito nel nuovo piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 prevede le seguenti azioni:

Costituzione Commissione Regionale per la prevenzione delle patologie cardiovascolari con il compito di stilare i protocolli operativi (soprattutto per il follow up dei pazienti) e il modello di lettera di dimissione, predisporre le linee guida scientifiche, programmare la formazione e monitorare l'attività delle ASL.

Raccordo Ospedale – MMG attraverso l'utilizzo sistematico della lettera di dimissione ospedaliera indirizzata al MMG, contenente tutte le indicazioni relative alle misure non farmacologiche e farmacologiche da seguire a domicilio e la programmazione dei controlli successivi.

Raccordo Ospedale – Specialista cardiologo territoriale – MMG con l'organizzazione a livello di ASL e distretti di incontri di formazione comune tra MMG, cardiologi del territorio, medici ospedalieri che gestiscono lo scompenso (cardiologi e internisti) e infermieri, per la condivisione e applicazione di linee guida e protocolli per la gestione extraospedaliera del paziente scompensato e la prevenzione delle recidive.

Identificazione in ogni ASL di un gruppo di progetto composto dal MMG, cardiologo e internista ospedaliero e cardiologo specialista ambulatoriale, per il monitoraggio delle attività che si interfaccia con il livello regionale.

Assistenza domiciliare da parte dello specialista (in ADI) o visita domiciliare del cardiologo poliambulatoriale.

Nel territorio:

Riconoscimento precoce del paziente ad alto rischio di scompenso cardiaco (post-infarto, valvulopatie, ipertensione arteriosa con ipertrofia miocardica, diabete mellito, disfunzione ventricolare asintomatica), completando il percorso diagnostico-terapeutico in regime ambulatoriale, senza ricorrere al ricovero (MMG e cardiologo ambulatoriale);

Monitoraggio e gestione in regime ambulatoriale territoriale del paziente in fase preclinica o paucisintomatica (MMG e cardiologo ambulatoriale);

In fase di ricovero:

Applicazione delle linee guida per la stabilizzazione del paziente e l'ottimizzazione della terapia; educare il paziente alla conoscenza e gestione della malattia;

In fase di dimissione:

Predisposizione della lettera di dimissione per il MMG, dettagliata e completa delle visite di controllo;

Indirizzare il paziente ad un centro di riabilitazione cardiologica subito dopo la dimissione.

In fase di riabilitazione:

Incrementare il ricorso alla riabilitazione cardiologica del paziente scompensato in fase post-acuzie, seguendo percorsi e protocolli ben collaudati di training fisico e ricondizionamento. La riabilitazione deve comprendere la consulenza psicologica e dietologica e l'educazione sanitaria del paziente e dei conviventi, volta a correggere i fattori di rischio, adottare una alimentazione corretta, prescrivere le misure di profilassi e favorire i comportamenti di autocura (assunzione regolare dei farmaci, monitoraggio delle proprie condizioni cliniche), aspetti essenziali per prevenire o rallentare le recidive e ridurre le ri-ospedalizzazioni.

Dopo il ricovero e la riabilitazione:

Ottimizzare la terapia post-acuzie secondo le indicazioni delle linee guida, anche ricorrendo a follow-up infermieristico a domicilio e/o telefonico;

6) BENEFICIARI

Popolazione target

Soggetti affetti da patologie cronic-degenerative a rischio di insufficienza cardiaca e soggetti affetti da scompenso cardiaco cronico.

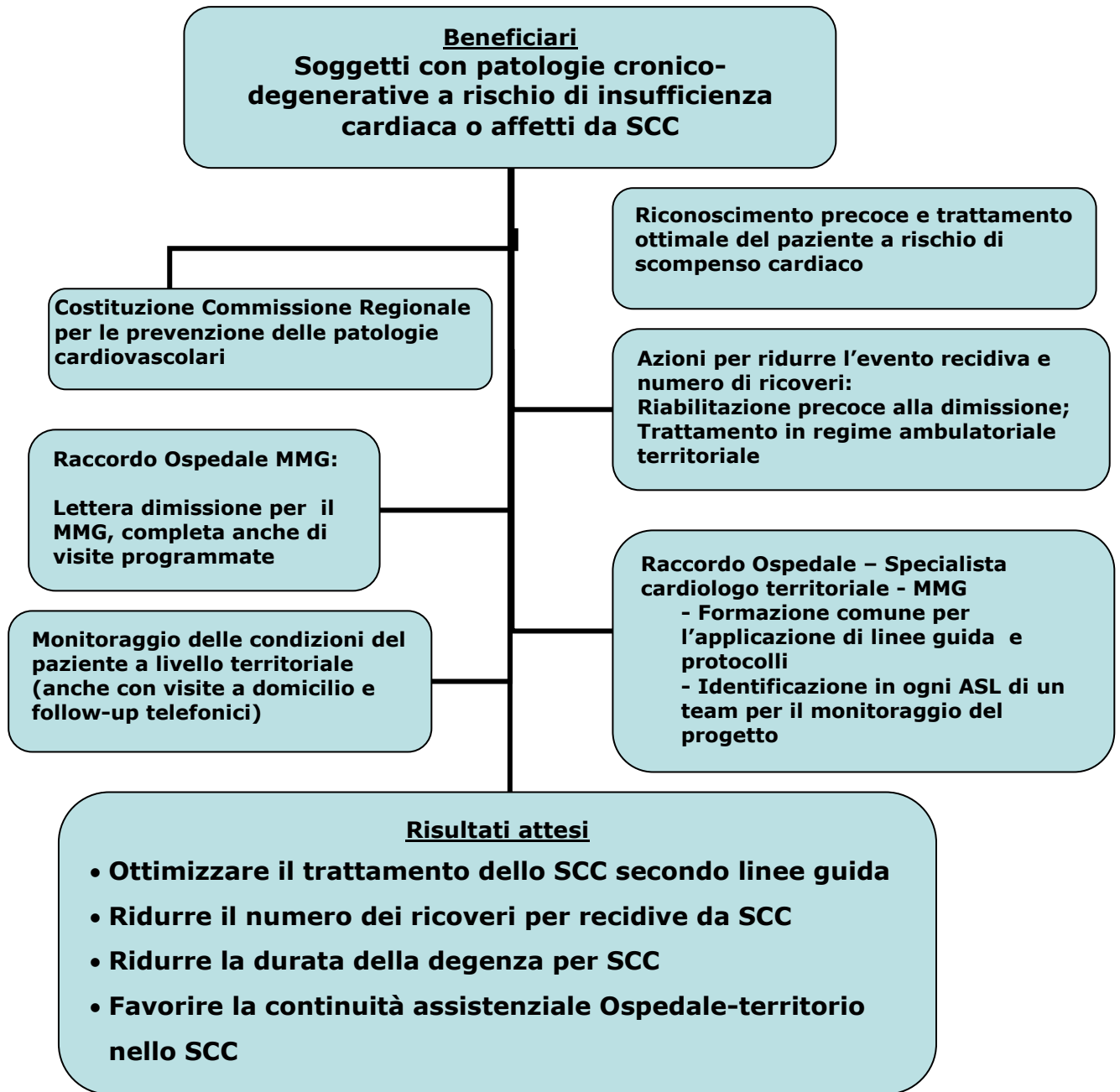
7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo)						
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
N. MMG formati/N. totale di MMG	DATI medicina territoriale	0	30%		80%	
N. specialisti territoriali formati/N. totale di specialisti territoriali	DATI medicina territoriale	0	50%		100%	
Numero PO che adottano lettera di dimissione ospedaliera/ N totale PO	Servizio ospedaliero	0	40%		80%	

Obiettivo specifico:

Riduzione del numero dei ricoveri e dei costi legati all'ospedalizzazione per recidive da SCC, migliorando la qualità dell'assistenza e di vita di tali pazienti.

AZIONE	RISULTATI ATTESI
Attuazione di un programma di educazione sanitaria del paziente	Potenziamento dei comportamenti di autocura, migliorare la qualità di vita dei pazienti e la sopravvivenza media
Miglioramento dell'assistenza con presa in carico del paziente da parte delle figure preposte, operanti nel territorio continuità assistenziale Ospedale - territorio.	Prevenire/rallentare le recidive e ridurre le ri-ospedalizzazioni. Riduzione della durata della degenza al tempo necessario alla stabilizzazione clinica e immediato invio ad un servizio di riabilitazione cardiologica ove disponibile, per far riacquisire al paziente una rapida autonomia funzionale e facilitare il reinserimento nell'ambiente familiare e sociale.
Identificazione in ogni ASL di un team	monitoraggio del progetto.
Creazione di un registro di outcome dei pazienti con SCC dimessi ospedalieri	Acquisire elementi conoscitivi sulla frequenza delle recidive e dei nuovi ricoveri e l'utilizzazione della riabilitazione cardiologica nei pazienti con SCC

Modello logico



8)	Anno 2011	Anno 2012
Costo del progetto	Euro 400.000	Euro 400.000

Gruppo di progetto:

Assessorato Igiene e Sanità: D. Campus; R. Masala; A. Guarracino; A.M. Vecchi (ASL Sanluri), A. Ganau (AOU di Sassari); C. Lai (ASL di Cagliari).

CRONOPROGRAMMA

ATTIVITA'		Dice mbre 2010	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Dice mbre 2011	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Dicem bre 2012
1	DGR Approvazione progetto regionale																									
2	Costituzione Commissione Regionale per le prevenzione delle patologie cardiovascolari																									
3	Definizione di linee operative e loro diffusione																									
4	Formulazione Lettera dimissione ospedaliera contenente le indicazioni per MMG																									
6	Formazione comune per l'applicazione delle linee operative																									
7	Identificazione in ogni ASL di un team per coordinare e monitorare il progetto																									
8	Valutazione attività e monitoraggio dei dati																									