

# Il progetto NOCCHIERO: una rete assistenziale per lo scompenso cardiaco

**Marco Comaschi**

**Coordinatore Rete delle Cronicità**

**Regione Liguria**

## Il Progetto “Nocchiero”

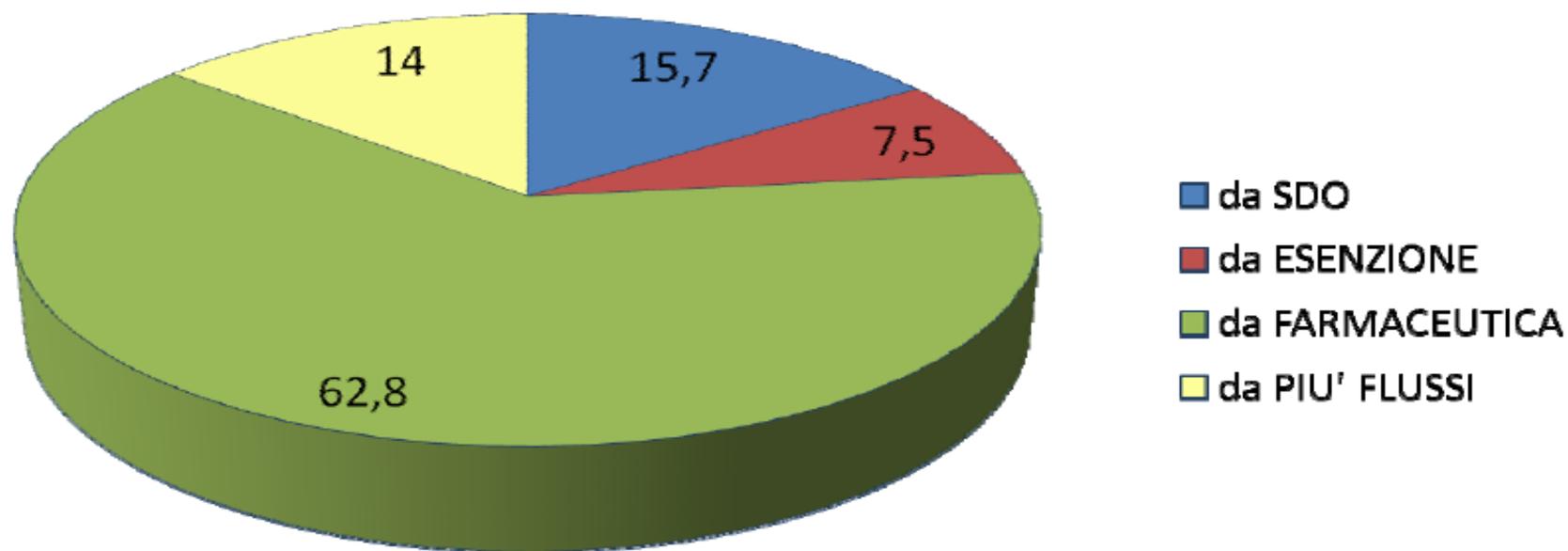
Sviluppo e applicazione di un sistema per l'individuazione di gruppi di popolazione omogenei per caratteristiche cliniche e relativa analisi della domanda.

*Francesco Copello, Marco Bressi, Chiara Bellia*  
*Settore Sistemi Informativi, ARS Liguria*



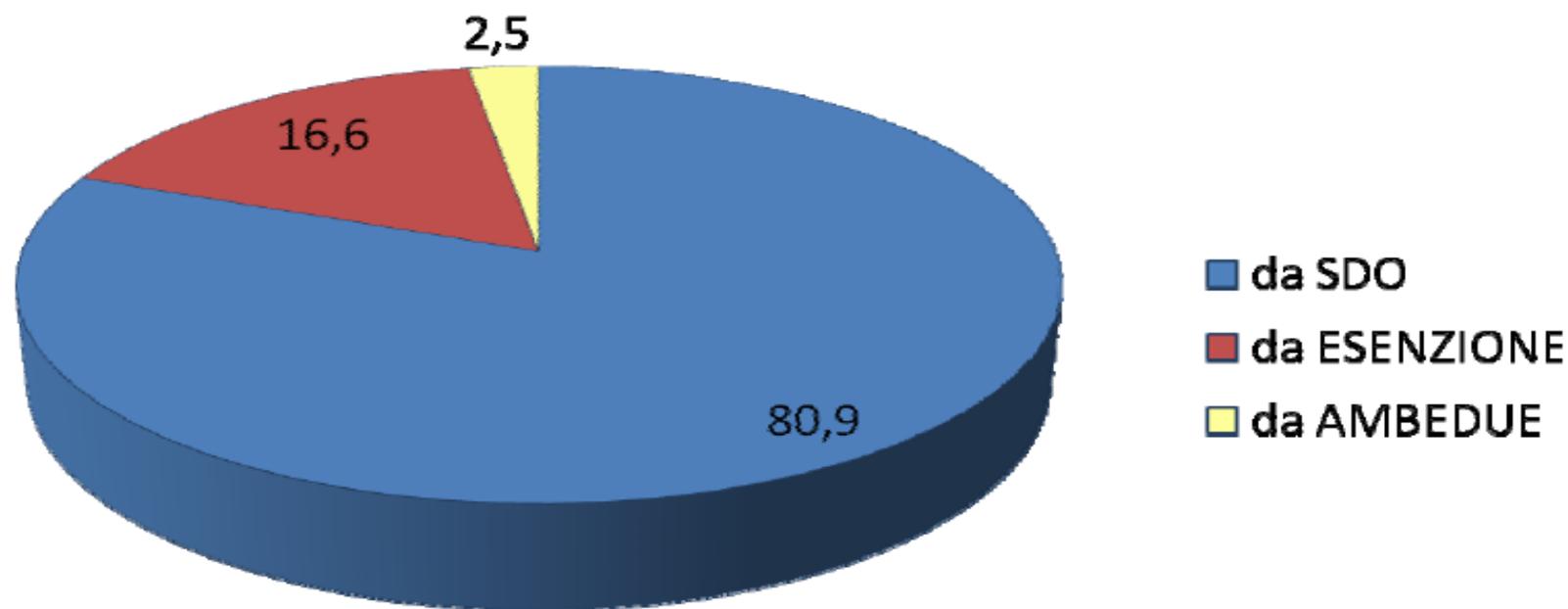
# Rilevanza dei flussi nel processo di classificazione

% cardiopatie individuate



# Rilevanza dei flussi nel processo di classificazione

% scompensi individuati



# Rilevanza dei flussi nel processo di classificazione

- proposta alternativa per l'individuazione dello scompenso  
dimessi con ICD9 428.\* in diagnosi principale o secondaria

*or*

(esecuzione di ECG

*and*

esecuzione di ecocardio

*and*

assunzione di diuretico non in associazione preconstituita

*and*

(assunzione di ace-inibitore *or* sartanico *or* beta-bloccante))



# Epidemiologia dello SC in Liguria

- Nella nostra regione è stato possibile rilevare con il Progetto **NOCCHIERO** la reale prevalenza dello SC: la popolazione affetta è risultata di 24.286 pazienti, con una prevalenza del 15,1 per mille, superiore a quella - 11,9 per mille - riscontrata in un analogo ampio database italiano del 2005, citato dal documento di Consenso dell'ANMCO

# Staging – Stadio “D”

- **3624 di questi pazienti sono classificabili in stadio D (scompenso cardiaco avanzato) secondo la classificazione proposta dall’ACC/AHA**
  - pazienti che hanno avuto più di un ricovero in dodici mesi o più di 3 negli ultimi cinque anni con diagnosi principale “scompenso cardiaco”.
  - La letalità osservata in questo gruppo è stata del 19.95%.

# Staging – Stadio “C”

- **20.662 pazienti sono classificabili in stadio C**
  - pazienti che hanno avuto solo un ricovero in dodici mesi consecutivi o comunque meno di 3 negli ultimi cinque anni con diagnosi principale “scompenso cardiaco”,
  - con diagnosi secondaria di scompenso o esenzioni per scompenso cardiaco o associazione tra: ecg + ecocardiogramma + assunzione di diuretici non in associazione + betabloccanti + farmaci attivi sul sistema RAA
  - Questa popolazione in stadio C dimostra una letalità del 17.76% e una frequente associazione (in circa il 50% dei casi) con le varie forme di cardiopatia ischemica e presenta necessità di terapia anticoagulante orale in poco meno del 50% della popolazione complessiva.

- Si sottolinea come la mortalità in entrambi i gruppi (C e D) sia superiore a quanto riportato a livello nazionale (15.4%), verosimilmente per l'età più avanzata dei pazienti liguri, e come l'etiopatogenesi prevalente nella nostra regione sia quella ischemica.
- Il consumo di risorse è molto elevato con mediamente più ricoveri in un anno: dai dati **NOCCHIERO** per tutta la popolazione (stadio C e D) 1.64 ricoveri/anno per paziente, il 15% dei quali con più di un ricovero/anno per SC (dato nazionale 17%) e l'85% con almeno 2 ricoveri negli ultimi 5 anni.



# **Analisi delle criticità nel percorso attuale di assistenza al paziente con SC**

- problemi insiti nella Rete ospedaliera cardiologica - internistica
- insufficiente comunicazione tra ospedale e medico di famiglia
- problemi propri della Rete di assistenza primaria

# Obiettivo generale del Progetto

- definire ed implementare il percorso assistenziale di gestione integrata del paziente con SC tra il MMG, l'infermiere, l'assistente sociale, il cardiologo, l'internista e altri specialisti.
- Il modello di riferimento è Chronic Care Model, con un elevato coinvolgimento informato dei pazienti

# Obiettivi specifici - 1

- Assicurare la continuità assistenziale, implementando un'assistenza integrata e multidisciplinare
- Educare e supportare i pazienti e i familiari/care-givers trasmettendo anche competenze per l'autonomia di interventi
- Individuare in modo precoce il rischio di instabilizzazione

# Obiettivi specifici - 2

- Garantire un accesso appropriato e tempestivo ai vari livelli di complessità di assistenza
- Garantire le modalità di assistenza più adeguate,
- Mantenere le persone, anche non autosufficienti, al proprio domicilio
- Migliorare la soddisfazione per l'assistenza

# Il modello di Percorso integrato Ospedale-Territorio

- il paziente deve essere rinvioato al suo MMG solo:
  - dopo un'adeguata valutazione clinica
  - in condizioni di stabilità clinica da almeno 72 ore, autonomo
  - correttamente informato sul monitoraggio del peso, sull'introito di liquidi e alimentazione, sui farmaci, sul livello di attività fisica eseguibile in sicurezza, sul riconoscimento dei sintomi di allarme.

# Start con “score di rischio”

- Il percorso proposto inizia pertanto proprio alla dimissione del paziente dai reparti di medicina o cardiologia per acuti, con l’elaborazione da parte del personale medico e infermieristico di uno score di rischio sia clinico che socio-sanitario come strumento di personalizzazione del successivo percorso assistenziale.

# score clinico

(*Cardiovascular Medicine-Heart Failure score, Senni et al AJC 2006;98:1076*)

- **Valutazione rischio cardiaco:** *punteggio*
  - *No betabloccanti* 1
  - *No ACE/ARBs* 1
  - *Classe NYHA III-IV* 4
  - *FE <20%* 2
  - *Valvulopatia severa* 2
  - *Fibrillazione Atriale* 1
- **Valutazione rischio non cardiaco:**
  - *Età* 1 per ogni decade >40
  - *Anemia (hb <12)* 1
  - *Iperensione Arteriosa* 1
  - *BPCO* 1
  - *Diabete complicato* 2
  - *Insuff. Renale moderata-grave (FG <60)* 2
  - *Tumore metastatizzato* 6

# Indice di rischio con score clinico

- Questo indice identifica classi di rischio clinico con tassi di mortalità molto differenti:
  - 1. basso: score  $< 6$  (mortalità ad un anno del 4%)
  - 2. medio: score 6-11 (mortalità ad un anno del 32%)
  - 3. alto-molto alto: da uno score 12-16 (mortalità ad un anno del 63%) a score 17 (mortalità ad un anno del 93%)

# Per il paziente a rischio basso

- controllo clinico entro 7 gg dalla dimissione da parte del MMG e successivamente a tre e a sei mesi,
- follow-up telefonico mensile da parte di IP di studio medicina generale, volto in particolare su educazione terapeutica, aderenza ai farmaci/stili di vita e sui controlli autogestiti dal pz (peso, introito liquidi, PA e FC), con somministrazione annuale di questionario sulla Qualità della vita
- controllo a 30 gg dalla dimissione da parte del reparto ospedaliero di degenza cardiologia di riferimento, necessario anche per completare le azioni diagnostiche, valutative, terapeutiche iniziate in degenza,
- esecuzione di ECG a un anno,
- esecuzione di esami del sangue (emocromo, glicemia, funzione renale ed epatica) ogni 6 mesi per il primo anno o comunque in caso di rilevanti modificazioni terapeutiche o di eventi clinici significativi,
- controllo cardiologico clinico o strumentale, questi ultimi a discrezione dello specialista con agende dedicate, solo nel caso di comparsa di complicanze o significative variazioni cliniche o di difficoltà di titolazione terapie o comunque entro un anno.

# Per il paziente a rischio medio

- controllo clinico entro 7 gg dalla dimissione da parte del MMG e successivamente mensile per i primi sei mesi,
- follow-up telefonico da parte del MMG settimanale per il primo mese,
- successivo follow-up telefonico mensile da parte di IP di studio medicina generale volto in particolare su educazione terapeutica, aderenza ai farmaci/stili di vita e sui controlli autogestiti dal pz (peso, introito liquidi, PA e FC), con somministrazione annuale di questionario sulla Qualità della vita
- controllo a 30 gg dalla dimissione da parte del reparto ospedaliero di degenza/cardiologia di riferimento
- Se il paziente dopo 6 mesi è stabile, successivi controlli come per i pz a rischio basso. Se persiste instabilità, cogestione con la cardiologia di riferimento.

# Per il paziente a rischio alto

- controllo clinico entro 3 gg dalla dimissione da parte del MMG e successivamente settimanale per il primo mese,
- follow-up telefonico mensile da parte di IP di studio medicina generale volto in particolare su educazione terapeutica, aderenza ai farmaci/stili di vita e sui controlli autogestiti dal pz (peso, introito liquidi, PA e FC), con somministrazione semestrale di questionario sulla Qualità della vita
- controllo a 15 gg dalla dimissione da parte del reparto ospedaliero di degenza con presa in carico nei pz con SC avanzato candidabili a devices (ICD, RCT, assistenza ventricolare VAD) o a trapianto.
- successivo programma diagnostico-terapeutico-assistenziale individualizzato, in cogestione tra MMG e specialista cardiologo individuato (ospedale, territorio) con l'attivazione delle Cure Palliative per SC avanzato, refrattario e intrattabile..

# Bisogni assistenziali

- a. Barthel per la valutazione delle autonomie (cut-off su 100:  $<50$ ;  $>50-70$ ;  $>70$ )
- b. SPSMQ per la valutazione dello stato cognitivo (cut-off su 10:  $\leq 2$ ;  $\geq 3$ ;  $\geq 5$ )
- c. N° di Ricoveri negli ultimi 12 mesi

# Indicatori

- Di processo (ospedale)
  - evidenza di lettera di dimissione (n. lettere dimissione/n.ricoveri per SC X 100)
  - evidenza in lettera di dimissione di definizione dell'eziopatogenesi, della classe funzionale NYHA, dello score di rischio, di indicazione di peso, farmaci (ACE/Arb, betabloccanti, Tao per FA) e loro posologia, sintomi, controllo PA e FC, comorbilità, valutazione autonomie con Barhel e SPSMQ, di informazione/educazione paziente e care-giver sul monitoraggio del peso, sull'introito di liquidi e alimentazione, sul livello di attività fisica eseguibile in sicurezza, sul riconoscimento dei sintomi di allarme
  - evidenza dei controlli previsti in post-dimissione

# Indicatori

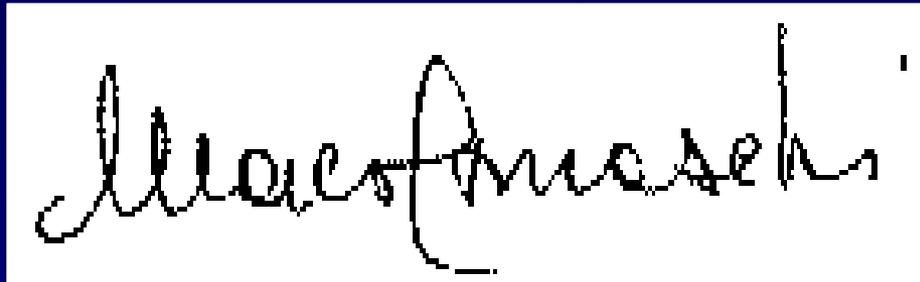
- Di processo (MMG)
  - evidenza di aderenza al percorso di follow-up tramite n° di visite, telefonate e controllo almeno annuale di ECG ed esami del sangue di base ( $\frac{\text{n. prestazioni indicate}}{\text{n. pazienti affidati}} \times 100$ )
- Di Esito: miglioramento della qualità della vita e riduzione ospedalizzazioni per SC

# Il controllo degli indicatori



- NOCCHIERO è in grado di fornire le informazioni di ritorno sull'appropriatezza del Percorso del singolo paziente
- È quindi la fonte del monitoraggio degli indicatori di processo, e può rappresentare lo strumento (report) di governo clinico per la Medicina Generale

Grazie per la cortese  
attenzione

A white rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style and reads "Marco Masera".

Marco Masera