



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL 7 CARBONIA

Deliberazione n. 1777

adottata dal Direttore Generale in data 17 DIC. 2012

Oggetto: Approvazione progetto sulla "Prevenzione e riduzione delle recidive dello scompenso cardiaco cronico (SCC) secondario a patologie cronico-degenerative"

Su proposta del Direttore del Distretto Socio Sanitario

- premesso** che con deliberazione n. 47/24 la Giunta regionale ha deliberato di approvare il " Piano regionale della prevenzione della Regione Sardegna 2010-2012" che si compone di un piano strategico all. 1) e di un piano operativo, all. 2) contenete i singoli progetti/programmi di cui si compone il Piano
- che nel suddetto allegato 2 sono previsti fra gli altri progetti quelli dedicati alla Prevenzione del rischio vascolare: " Estensione della carta del rischio cardiovascolare", " Prevenzione e riduzione delle recidive dello Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) secondario a patologie cronico-degenerative"
- considerato** che sulla scorta della deliberazione della Giunta Regionale questa ASL ha predisposto un progetto di " Prevenzione e riduzione delle recidive dello scompenso cardiaco cronico (SCC) secondario a patologie cronico-generative"
- che nel suddetto progetto viene previsto un modello logico costituito da 6 fasi specificate nel progetto allegato che fa parte integrante e sostanziale del presente atto
- constatato** che il suddetto progetto è stato regolarmente approvato, in data 3 dicembre 2012, dalla Commissione Aziendale per lo scompenso cardiaco costituita da questa Azienda USL
- che in data 11 dicembre 2012 , lo stesso è stato approvato dal Comitato Aziendale della Medicina Generale

constatato che l' Assessorato erogherà le somme per il finanziamento del progetto con appositi fondi
che il progetto indicato in premessa sarà implementato gradualmente, in modo modulare, in relazione agli stanziamenti effettivamente attribuiti dalla Regione Autonoma della Sardegna

visto il D.Lgs n. 502 del 20.12.1992 e successive modificazioni

vista la L.R. n. 10 del 28.07.2006

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto dell'istruttoria svolta dal Direttore del Distretto Socio Sanitario di Iglesias

Sentiti il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;

D E L I B E R A

per i motivi esposti in premessa:

- di approvare il progetto "Prevenzione e riduzione delle recidive dello scompenso cardiaco cronico (SCC) secondario a patologie cronico- degenerative" che fa parte integrante e sostanziale del presente atto
- che il progetto avrà un andamento graduale, a seconda degli stanziamenti effettivamente attribuiti dalla Regione Autonoma della Sardegna
- di prevedere con successivi atti l'impegno delle somme occorrenti per la realizzazione del progetto che scaturiranno dagli stanziamenti attribuiti da parte della Regione Sardegna.

**Il Direttore Generale
Dott. Maurizio Calamida**

**Il Direttore Amministrativo
Dottor Claudio Ferri**

**Il Direttore Sanitario
Dottor Franco Trincas**



Il Direttore del D.S.S. di Iglesias/Sulcis



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

attesta che la deliberazione

n. 1444 del 17 DIC. 2012

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7

a partire dal 18 DIC. 2012 al - 2 GEN. 2013

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi
ed è stata posta a disposizione per la consultazione



Il Responsabile del Servizio

Affari Generali

Allegati n.

Collegio Sindaci

Bilancio

Distretto di Iglesias

PROGETTO SULLA PREVENZIONE E RIDUZIONE DELLE RECIDIVE DELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO (SCC) SECONDARIO A PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE

INTRODUZIONE

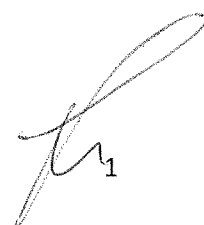
Lo scompenso cardiaco è oramai universalmente riconosciuto come patologia ad alti costi sociali, economici e ad alto impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti che sono frequentemente costretti a ripetuti ricoveri e a elevato impegno terapeutico e assistenziale quasi sempre in regime di emergenza.

E' inoltre un severo banco di prova professionale per i medici che li devono assistere, una patologia che espone a "insuccessi" professionali con dispendio elevato di energie mentali e di impegno oltre che di farmaci .

Il Ministero della Salute ha perciò dato mandato alle regioni per l'applicazione di un progetto di prevenzione delle recidive dello scompenso cardiaco tendente a migliorare il rapporto costo beneficio, ma anche l'organizzazione dell'assistenza sul territorio e, in ultima analisi, il miglioramento della qualità di vita dei pazienti già affetti da tale problema ma anche di quelli che sono a rischio, migliorando, nel contempo, la qualità di vita anche dei loro familiari o di quelle figure che vengono definite care-giver.

Fatta questa premessa è importante tener conto che la necessità di occuparsi di questa patologia deriva dalla crescente prevalenza dei casi di scompenso cardiaco che, in tutto il mondo, è divenuta ragione di interesse per le difficoltà del trattamento specifico.

Lo scompenso è, infatti, una patologia cronica ad andamento ingravescente in tempi brevi che, se non adeguatamente trattato, porta a danni devastanti e irreversibili; è spesso associato a comorbidità importanti, come ipertensione, diabete mellito, sindrome metabolica, vasculopatie e altre cardiopatie e diventa una sfida per la medicina in genere e per quella del territorio in particolare, dove la gran parte dei pazienti con scompenso risiede durante le varie fasi di malattia, anche di notevole impatto assistenziale, e dove spesso non viene erogata una adeguata assistenza nei tempi dovuti.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'P' followed by a subscript '1'.

La letteratura internazionale parla di percentuali di scompenso che si attestano intorno al 2-3 % nel mondo, il dato italiano si attesta su circa 3 milioni di casi a tutto il 2008.

In Sardegna i dati sono del 2% circa, per cui da una stima approssimativa dovremmo attenderci circa 2700 scompensati nella ASL 7 di cui solo una minima parte adeguatamente assistita e censita.

La Regione Sardegna con Delibera N°47/24 del 30/12/2010, ha approvato il Piano Regionale di Prevenzione 2010 – 2012 composto di un Quadro Strategico e di un Piano operativo articolato in 18 progetti.

Il Piano prevede 4 macroaree, 3 di queste prendono in esame le patologie cardiache proponendo tre progetti:

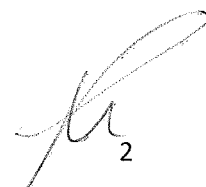
1. Estensione della carta del rischio cardiovascolare

La carta del rischio cardiovascolare è stata adottata sia dai Medici di Medicina Generale che dai Cardiologi Ambulatoriali.

Per il 2013 è previsto un evento formativo, rivolto agli operatori coinvolti al fine di una maggiore diffusione dell'utilizzo della carta suddetta che verrà estesa ai nuovi.

2. Prevenzione del diabete di tipo 2 e delle malattie cardiovascolari nella popolazione ad alto rischio attraverso la correzione dei fattori a rischio

E' in atto lo screening della popolazione a rischio attraverso la distribuzione e l'analisi dei questionari, alla quale seguirà una relazione finale, entro il 31/12/2012.



2

3. Prevenzione e riduzione dello Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) secondario a patologie cronico – degenerative.

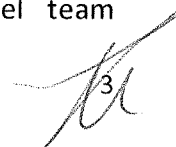
Il progetto che stiamo presentando prevede una serie di passaggi che permetteranno , a regime , di assistere un maggior numero di pazienti scompensati in un circuito dedicato ed esclusivo dove una serie di operatori formati garantiranno un flusso regolare e programmato di fasi assistenziali , tutte concatenate , in una logica di integrazione.

OBIETTIVO GENERALE:

Elaborazione di un protocollo assistenziale condiviso e programmato Territorio-Ospedale per la gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico o riacutizzato al fine di prevenire e ridurre le recidive.

OBIETTIVI SPECIFICI:

1. Promuovere l'*empowerment* e il miglioramento della *compliance* attraverso l'addestramento del paziente da parte di personale sanitario adeguatamente formato, ad una autogestione consapevole ed efficace della malattia, che consenta di rallentarne il decorso e di affrontare adeguatamente l'insorgenza di condizioni acute.
2. Attivazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici basati su una forte integrazione tra specialistica territoriale, ospedaliera e Medicina Generale, volti ad ottimizzare l'assistenza al paziente cronico, rendendola sempre più uniforme e qualificata, al miglioramento della qualità della vita e a ridurre i ricoveri ospedalieri alle situazioni di stretta necessità.
3. Ridurre la morbilità per insufficienza cardiaca nei pazienti ad alto rischio attraverso l'adozione di corretti stili di vita, di idonee abitudini alimentari, e l'esercizio fisico, quali strumenti di prevenzione e indispensabili sussidi alla corretta gestione della patologia conclamata.
4. Promuovere un approccio integrato nella gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico attraverso la condivisione dei percorsi e protocolli nell'ambito del team



multiprofessionale (MMG, specialista, Infermiere,ecc.), cui è demandata la presa in carico globale del paziente.

5. Standardizzare i percorsi di presa in carico e l'erogazione dell'offerta assistenziale attraverso l'istituzione di ambulatori dedicati e la strutturazione di classi di pazienti omogenee per rischio, grado di patologia e necessità assistenziali.
6. Ottimizzare la cura attraverso l'applicazione di linee guida e l'approccio assistenziale evidence-based.
7. Adeguare i programmi di gestione informatizzata e la condivisione dei dati registrati su apposita scheda

DESTINATARI:

Soggetti affetti da scompenso cardiaco cronico.

ATTORI E SERVIZI COINVOLTI:

- Distretto Sanitario;
- MMG;
- Cardiologi ospedalieri;
- Cardiologi ambulatoriali
- Infermieri
- Altri operatori professionali;
- Servizio ADI;
- Servizio Farmaceutico.

FASI DEL PROGETTO:

1. Stesura e presentazione del progetto alla Commissione per l'approvazione;
2. Formazione degli operatori coinvolti nel progetto;
3. Impostazione del modello organizzativo;
4. Costruzione del Percorso Assistenziale;
5. Implementazione del progetto
6. Costituzione del sistema di valutazione del progetto.

Fase 1: Stesura del Progetto

- Costituzione del gruppo di lavoro multiprofessionale, su mandato della Commissione Aziendale Prevenzione Cardiovascolare, per la stesura del progetto, composto dal Responsabile del distretto di Iglesias e suo staff, MMG, Cardiologo;
- Stesura del progetto;
- Discussione e approvazione della Commissione Aziendale Prevenzione Cardiovascolare;
- Valutazione del progetto ed approvazione formale da parte della Direzione Generale della ASL.

Fase 2: Formazione

Su indicazione dell'Assessorato Regionale, che ha predisposto un format ad hoc, al quale tutte le aziende si devono uniformare, è previsto un evento formativo rivolto ai Medici di Medicina Generale, ai cardiologi ospedalieri ed ambulatoriali, agli operatori dell'ADI ed a tutte le figure professionali coinvolte nella gestione del paziente con scompenso cronico.

Il corso ha come obiettivo la formazione dei partecipanti alla gestione condivisa dello scompenso cardiaco ed alla conoscenza della metodologia per la definizione dei protocollo diagnostico-terapeutici (PDT) nel territorio.

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a cursive script.

Obiettivi specifici da raggiungere nel corso:

1. Far apprendere gli aspetti epidemiologici dello scompenso cardiaco e i suoi costi diretti e indiretti
2. Far apprendere i fattori di rischio, gli aspetti eziologici, i meccanismi fisiopatologici e i fattori precipitanti dello scompenso cardiaco
3. Far apprendere la prevenzione dello scompenso attraverso l'identificazione e il trattamento dei fattori di rischio predisponenti e delle alterazioni subcliniche, con particolare riferimento all'ipertrofia e disfunzione del ventricolo sinistro
4. Far apprendere la classificazione, le metodologie diagnostiche e gli indicatori prognostici
5. Far acquisire le linee guida europee per il trattamento farmacologico dello scompenso cardiaco acuto e cronico
6. Far acquisire le linee guida europee per il trattamento non farmacologico dello scompenso cardiaco
7. Far apprendere il ruolo della riabilitazione
8. Conoscere e analizzare criticamente i modelli organizzativi volti a migliorare l'efficacia dell'intervento, assicurare la continuità assistenziale ospedale-territorio e realizzare reti territoriali di gestione del paziente scompensato.
9. Sviluppare la discussione tra MMG, specialisti ospedalieri e cardiologi ambulatoriali per arrivare a elaborare per ciascun territorio un modello condiviso di rete ospedale-territorio per la presa in carico del paziente scompensato, che definisca i percorsi e i protocolli diagnostico-terapeutici (PDT).

Dopo questa iniziativa formativa si prevede di organizzare un successivo incontro per presentare e discutere la proposta operativa del percorso assistenziale all'interno della Asl 7.



6

Fase 3 Modello organizzativo

Come le altre malattie croniche lo scompenso cardiaco richiede un approccio assistenziale programmato, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva, anziché semplicemente sintomatica e attendista, come accade abitualmente per tradizione e prassi consolidata.

Il modello qui proposto, si ispira al Chronic Care Model, applicato con buoni risultati in diverse realtà regionali, che consente di realizzare la cosiddetta medicina di iniziativa o proattiva.

Infatti, esso si configura come un modello organizzativo di presa in carico nel quale il cittadino, al centro del sistema, viene reso esperto da opportuni interventi di informazione e addestramento ed interagisce, attraverso un piano assistenziale personalizzato e condiviso, con il team multiprofessionale composto da MMG, cardiologi, infermieri e altri operatori coinvolti.

Per far questo è necessario costruire una rete integrata di servizi e figure che condividano il percorso assistenziale il cui perno è rappresentato dall'ambulatorio dello scompenso cardiaco con il compito principale di curare la programmazione e il coordinamento degli interventi a favore dei malati cronici, allo scopo di garantire ai pazienti e ai loro familiari una migliore qualità di vita e la possibilità di gestire al meglio la malattia, attraverso l'adozione di corretti stili di vita, il monitoraggio dei parametri fisici e il corretto uso dei farmaci.

Evidenze scientifiche hanno infatti dimostrato che i pazienti che ricevono un'assistenza integrata e un supporto educativo al self - management, all'autocura e al follow-up, migliorano clinicamente e meno frequentemente ricorrono alle cure ospedaliere.

A tal fine si rende necessario istituire nella nostra Azienda 2 **ambulatori dello scompenso cardiaco** uno per il Distretto di Iglesias, ubicato c/o il Poliambulatorio, ed uno per il Distretto di Carbonia, ubicato presso l'Ospedale.

All'interno dell'ambulatorio, le figure professionali dedicate sono:

- il cardiologo (1 per Distretto a 38 h)
- l'infermiere (2 per Distretto a 36h) figura centrale che, in questo contesto riveste un ruolo fondamentale nel supporto ai pazienti affetti da disturbi cronici e come punto di riferimento per gli altri operatori;
- Psicologo clinico (1 per entrambi i Distretti a 10 H/sett.; 6h Carbonia, 4h Iglesias)

Si prevede operi, di supporto alle attività dell'ambulatorio, un amministrativo, la cui attività viene calcolata in ore settimanali: 20 per il Distretto di Carbonia e 16 per il Distretto di Iglesias.



I Compiti dell'Ambulatorio dello scompenso, in integrazione con la Medicina Generale, sono:

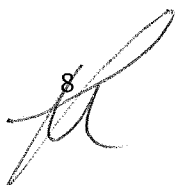
- presa in carico dei pazienti che aderiscono al progetto;
- programmazione e coordinamento degli interventi a favore dei malati cronici;
- Assicurare la continuità assistenziale;
- Favorire l'integrazione tra la struttura ospedaliera, le strutture cardiologiche ambulatoriali territoriali e con i medici del territorio
- Svolgere attività di educazione e prevenzione
- Rinforzo dell'educazione all'autogestione
- Verifica della compliance
- Garanzia di supporto psicologico
- Verifica dei progressi e del raggiungimento degli obiettivi
- Coinvolgimento degli altri "attori" (M di base, consulenti specialisti, servizi sociali)

Fase 4 Costruzione del Percorso Assistenziale

Il Percorso Assistenziale dovrà essere funzionale, agevole e costruito sulle esigenze dei singoli pazienti con diagnosi certa di scompenso cardiaco, dunque dovrà garantire l'integrazione tra risorse professionali e strumentali ospedaliere e territoriali, al fine di rispondere ai bisogni dei pazienti in ogni particolare fase della malattia secondo una rete integrata di cure.

A tal fine, le azioni da intraprendere per l'attuazione di questo percorso sono:

- a) **Coinvolgimento e condivisione del modello** con tutti gli attori coinvolti nel progetto;
- b) **Costituzione di gruppi di lavoro multi professionali.** Questi non possono essere statici, ma arricchiti a seconda del mandato (linee guida, Percorsi Diagnostico – Terapeutici, Valutazione), di esperti ad hoc;
- c) **Mappatura dei pazienti.** Questa può avvenire secondo due modalità:
 - A. Database: utilizzati dai MMG e medici Specialisti; elenchi esenti ticket cod. 021 (insufficienza cardiaca)



B. Consumi (delle risorse):

- Ricoveri (SDO, tramite servizi informativi);
- Prestazioni specialistiche (tramite servizi informativi);
- Utilizzo dei farmaci (tramite il servizio Farmaceutico territoriale)

d) **Definizione delle Linee Guida.** Queste devono essere elaborate dal Team multi professionale composto da MMG, Cardiologi ospedalieri e territoriali, che ha il compito di:

- Elaborare le linee guida;
- Valutazione ciclica delle stesse.

e) **Definizione del Percorso Diagnostico – Terapeutico (PDT)** condiviso che rappresenta la contestualizzazione delle linee guida nella realtà organizzativa di questa Azienda, tenute presenti le risorse a disposizione.

E' dunque uno strumento che consente di delineare il miglior percorso praticabile nella nostra azienda.

f) **Identificazione del sistema informativo**

g) **Valutazione**

Il Team multi professionale, costituito come precedentemente specificato, ha il compito di valutare il progetto attraverso:

- Individuazione degli indicatori;
- Valutazione delle attività;
- Monitoraggio dei dati;
- Eventuali proposte per il miglioramento continuo

9



Fase 5: Implementazione

- Programmazione di una fase pilota in cui l'implementazione avviene in uno dei due Distretti Sanitari.

Questa ha lo scopo principale di valutare la solidità in ambito assistenziale e organizzativo dell'applicazione del percorso di riferimento aziendale e di correggere le azioni che non risultino congruenti con il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

- Implementazione della modello organizzativo ed attuazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) a livello di tutta l'Azienda.

Il coordinamento ed il monitoraggio del progetto è a carico del team ad hoc come sopra specificato.

Fase 6: Valutazione del progetto generale

Il comitato cardiovascolare ha il compito di valutare il progetto attraverso i seguenti indicatori

Indicatori di processo	Valore atteso	Valore osservato
N° MMG formati / N° MMG totali	60%	
N° Specialisti cardiologi formati / N° Specialisti cardiologi aziendali	50%	
N° Pazienti aderenti / N° Pazienti mappati	30%	
Avvio fase operativa progetto	Aprile 2013	

COSTI

RISORSE STRUMENTALI	costo
N° 2 ambulatori attrezzati con eco cardiografo e apparecchiature di base	€ 180.000
RISORSE UMANE	
N° 2 cardiologi (1 per ambulatorio scompenso)	€ 120.000
N° 4 infermieri (2 per ambulatorio di Iglesias, 2 per ambulatorio di Carbonia)	€ 100.000
N° 1 psicologo clinico (10 h per entrambi i Distretti)	€ 26.500
N° 1 Amministrativo (36 h per entrambi i Distretti)	€ 30.000
RISORSE INFORMATICHE	
Hardware n° 2 postazioni pc	€ 20.000
Software per la rete con Ospedale e MMG	
FORMAZIONE	
Corsi MMG-Specialisti	€ 2.000
TOTALE	€ 478.500

PROGETTO PREVENZIONE SCOMPENSO CARDIACO

CRONOPROGRAMMA

DICEMBRE 2013					
NOVEMBRE 2013					
OTTOBRE 2013					
SETTEMBRE 2013					
AGOSTO 2013					
LUGLIO 2013					
GIUGNO 2013					
MAGGIO 2013					
APRILE 2013					
MARZO 2013					
FEBBRAIO 2013					
GENNAIO 2013					
DICEMBRE 2012					
NOVEMBRE 2012					
FASI	STESURA E APPROVAZIONE PROGETTO	FORMAZIONE	COSTRUZIONE PERCORSO E DEFINIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO	IMPLEMENTAZIONE PROGETTO	VALUTAZIONE