Percorsi terapeutici tra acuzie e cronicità: la legge regionale 23/2015

Cardiologia e pneumologia riabilitative quali strategie e sinergie

ANTONIO MAGGI

Fondazione Poliambulanza

A.R.C.A.

ASSOCIAZIONI REGIONALI CARDIOLOGI AMBULATORIALI LOMBARDIA

30° Anniversario 1987-2017
Fondazione Teresa Camplani
Casa di Cura Domus Salutis

LA RIABILITAZIONE INTERDISCIPLINARE

della disabilità complessa
fra presente e futuro

24 novembre 2017

Centro congressi "Auditorium Monsignor Capretti"

ma viene evidenziato anche un fattore organizzativo particolarmente rilevante: l'"orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso".

Dal punto di vista dei processi di erogazione tale obiettivo acquista un suo rilievo in relazione soprattutto alle caratteristiche funzionali mantenute dal sistema lombardo: la "separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione". Detto in altri termini, **la sottolineatura della "presa in carico" prende atto dei rischi presenti nel sistema lombardo consistenti soprattutto nell'elevata frammentazione delle unità di offerta e delle specifiche strategie operative di ogni sottosistema**.

Il tentativo di conciliare la razionalizzazione dei costi con l'esigenza di offrire servizi è affrontata facendo riferimento alla "appropriatezza clinica, trasparenza amministrativa, economica-organizzativa e qualità delle prestazioni".

Viene **confermato il principio della "sussidiarietà orizzontale"** consistente nella parità dei diritti e dei doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione dell'offerta.

Il principio della libertà di scelta dovrà essere collegato alla "valutazione multidimensionale del bisogno".

La separazione delle funzioni è ribadita quando si distinguono le prestazioni sanitarie e sociosanitarie nelle seguenti tipologie: acute, intermedie, subacute, postacute o riabilitative, a media e bassa intensità.

La prospettiva di un'estrema frammentazione dell'offerta è attenuata attraverso questa importante affermazione: "elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico" in un "processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali".

Importante sembra anche l'assunzione di responsabilità rispetto ai rischi della cosiddetta "medicina difensiva" (ossia quei processi di riduzione dell'offerta indotti dalla preoccupazione delle azioni legali attivate dagli utenti). Nel testo si individua un'assunzione di responsabilità da parte della Regione dove si parla di identificazione di "aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali da utilizzare come linee guide del SSL, finalizzate a ottenere la riduzione della pratica della cosiddetta medicina difensiva".

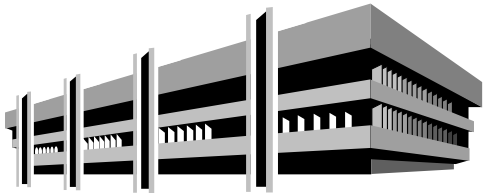
TERRITORIO

“Il crescente invecchiamento delle popolazioni e l’incremento della multimorbilità e cronicità, impone:

spostamento del baricentro dell’assistenza dall’acuzie alle lunghe fasi intercritiche che il paziente affetto da patologia cronica trascorre **al di fuori dell’ospedale**,

per **migliorarne la qualità di vita”**

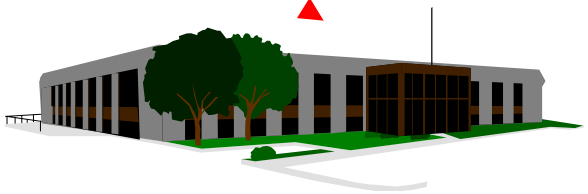
La rete per l'assistenza alla fase post acuta delle Sindromi Coronariche



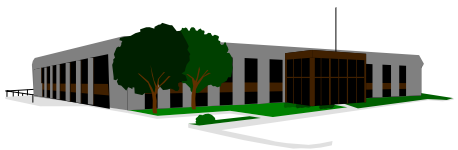
Ospedale per acuti

Cardiologia riabilitativa ambulatoriale e degenziale

Ambulatori cardiologici ospedalieri e territoriali



Medicina di Base



Istituzioni sanitarie

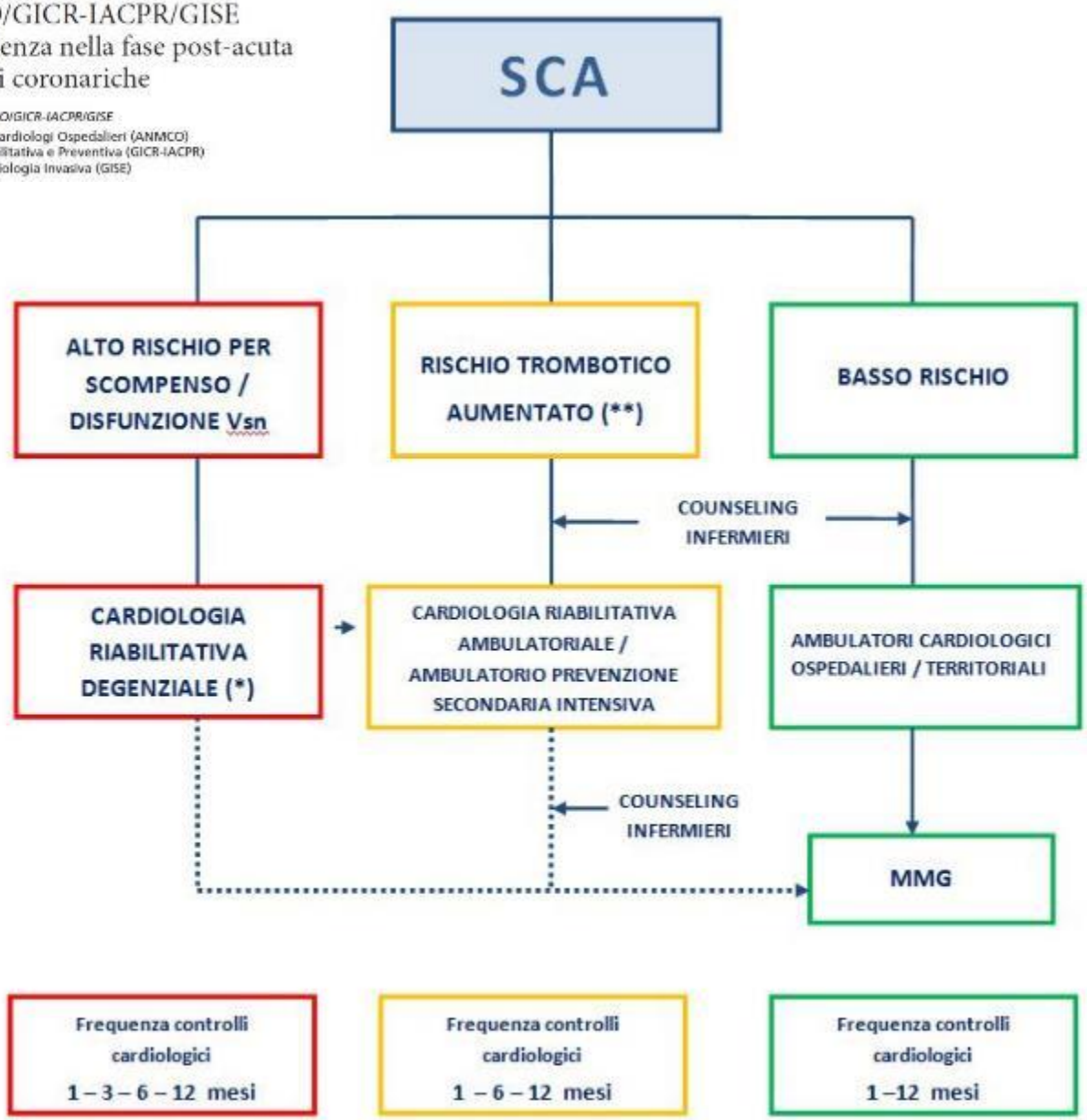
Per “Rete” in ambito dei servizi sanitari si intende:

“un’integrazione delle attività di diagnosi, assistenza e cura erogate da diversi professionisti e diverse organizzazioni, **in ambito ospedaliero e territoriale**, che agiscono **per realizzare una missione condivisa**”

Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE

L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche

Commissione ANMCO/GICR-IACPR/GISE
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Società Italiana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR)
Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE)



(*) In sua assenza programma di controlli ambulatoriali con ecocardiogramma a 1-3-6-12 mesi.

(**) Il livello di rischio trombotico richiesto per l'inserimento in questo percorso va valutato in rapporto alle potenzialità organizzative del centro.

Monaldi Arch Chest Dis
2011; 76: 1-12

DOCUMENTO DI CONSENSO

Criteri per la selezione dei pazienti da inviare ai centri di cardiologia riabilitativa

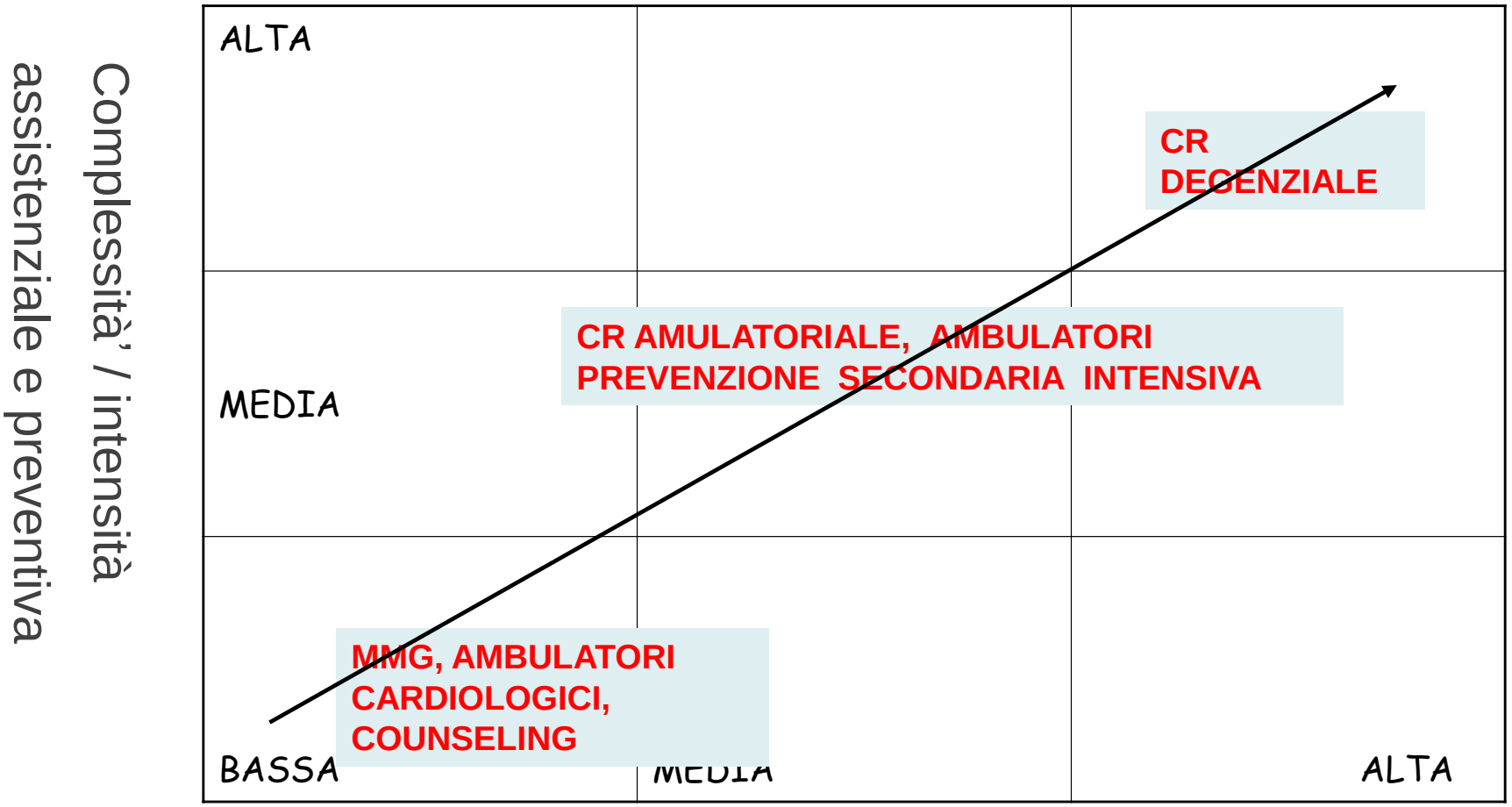
Selection criteria for referral to cardiac rehabilitation centers

Commissione ANMCO/IACPR-GICR

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri/
Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology - Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa

Cesare Greco (Coordinatore), Giuseppe Cacciatore, Michele Gulizia, Luigi Martinelli, Fabrizio Oliva, Zoran Olivari, Fulvia Seccareccia, Pier Luigi Temporelli, Stefano Urbinati

Post SCA; complessità clinica ed assistenziale



Complessità / intensità clinica (rischio di morte, rischio trombotico, rischio cardiovascolare, comorbidità)

NB Il rapporto è funzione anche del contesto organizzativo

In-Hospital Cardiac Rehabilitation programme fter PCI

- High-risk patients:
  - Persistent clinical, haemodynamic or arrhythmic instability;
  - Heart failure or left ventricular dysfunction (left ventricular ejection fraction $\leq 40\%$);
  - Severe complications or comorbidities that often are associated with prolonged hospitalization during the acute phase;
  - Old, frail patients and/or with very sedentary habits before the acute event.

Attuale follow up dei pazienti sottoposti a PCI
LIMITI

- ✓ Assenza di linee guida specifiche per tipologia di pazienti
- ✓ assenza di protocolli gestionali standardizzati: variabilita' e disomogeneita' delle prestazioni:
- ✓ Prestazioni inappropriate con impatto sul singolo - comunita'- costi

Patterns of Cardiac Stress Testing After Revascularization in Community Practice

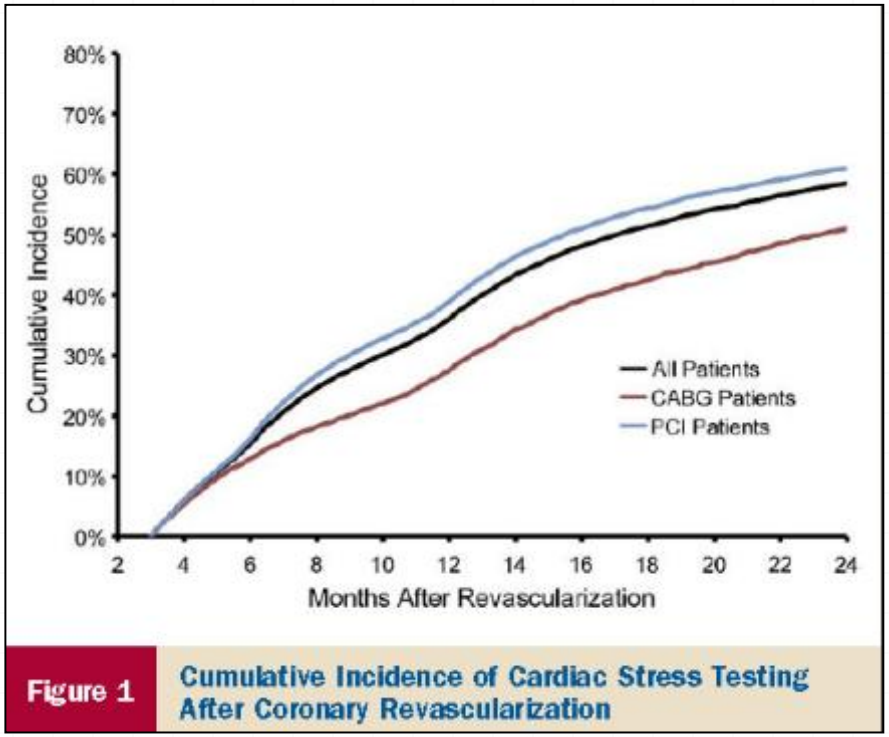
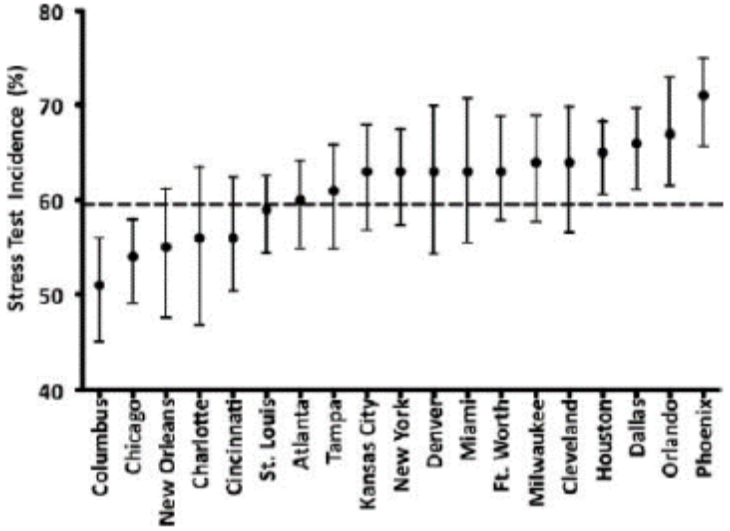


Figure 1 Cumulative Incidence of Cardiac Stress Testing After Coronary Revascularization

Table 3 Stress Testing Incidence at 24 Months After Index Coronary Revascularization

	All (n = 28,177)	PCI (n = 21,046)	CABG (n = 7,131)
Any stress test	58	61	51
Stress echocardiography	7	7	6
Nuclear stress imaging	50	52	42
Exercise electrocardiography	6	6	8
Repeat stress testing	11	12	9



28,177 patients undergoing revascularization (21,046 percutaneous coronary intervention procedures and
7,131 coronary artery bypass grafting procedures), 59% had at least 1 cardiac stress test within 24 months.
Of those tested, only 11% underwent subsequent cardiac catheterization and only 5% underwent repeat revascularization.

Shah BR. J Am Coll Cardiol 2010;56:1328–34

Follow-up strumentale dopo PCI nei pazienti asintomatici: Le Linee Guida

2011 ACCF/AHA/SCAI Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention

6.4.1. Exercise Testing: Recommendations

Class IIa

1. In patients entering a formal cardiac rehabilitation program after PCI, treadmill exercise testing is reasonable. *(Level of Evidence: C)*

Class III: NO BENEFIT

1. Routine periodic stress testing of asymptomatic patients after PCI without specific clinical indications should not be performed.[795] *(Level of Evidence: C)*

2014 ESC Guidelines on Myocardial Revascularization

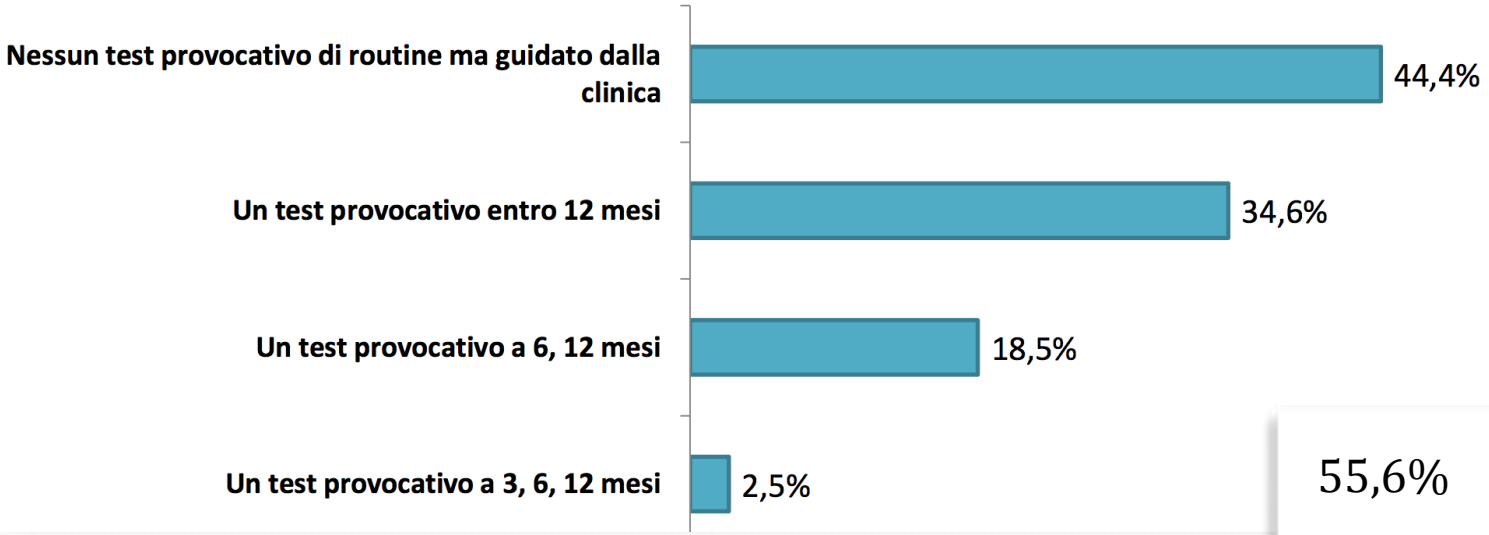
Routine stress testing may be considered >2 years after PCI and >5 years after CABG.	IIb	C
Early imaging testing should be considered in specific patient subsets.[d]	IIa	C

GISE TOLOVE 2015

SURVEY su 97 Laboratori di Emodinamica

(Toscana, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna)

Con quale frequenza prescrivete un test provocativo nel primo anno dopo PCI nel paziente asintomatico?



55,6%

"When standards of care are clear, there should be no variation in practice across the regions of the country.
Pilots of commercial aircraft follow the same standard procedures during takeoff and landing at every airport in the country; uniform practice is important for passenger safety".
M. Hlatky, A DeMaria. JACC 2013;62:447–8

Gestione ambulatoriale del paziente di interesse cardiologico: ruolo del medico di medicina generale e del cardiologo, tra sostenibilità ed appropriatezza

Roberta Rossini[1], Daniela Lina[2], Marco Ferlini[3], Giuseppina Belotti[4], Salvatore Ivan Caico[5], Fabrizio Caravati[6], Pompilio Faggiano[7], Annamaria Iorio[1], Davide Lauri[8], Corrado Lettieri[9], Emanuela Teresa Locati[10], Antonio Maggi[11], Ferdinando Massari[12], Andrea Mortara[13], Luigi Moschini[14], Giuseppe Musumeci[15], Daniele Nassiacos[16], Fabrizio Negri[17], Domenico Pecora[11], Simona Pierini[18], Roberto Pedretti[19], Pierfranco Ravizza[20], Michele Romano[9], Fabrizio Oliva[10]

Lettera di dimissione

- Motivo del ricovero
- Diagnosi alla dimissione
- Fattori di rischio cardiovascolare
- Comorbilità
- Intolleranze farmacologiche ed allergie
- Anamnesi cardiologica e raccordo anamnestico
- Decorso clinico durante la degenza
- Principali esami e/o procedure eseguiti durante il ricovero
- Le condizioni del paziente al momento della dimissione sono
- Conclusioni
- Terapia consigliata
- Follow-up

- **Epidemiologia e stratificazione prognostica**
- **Percorsi assistenziali**
- **Obiettivi della terapia farmacologica**
- **Prevenzione secondaria non farmacologica ed aderenza alla terapia**

Pazienti ad alto rischio CLINICO

Pazienti con scompenso cardiaco e/o disfunzione ventricolare Sn durante il ricovero

1. Classe Killip max ☐
2. Frazione di eiezione <40% ☐
3. Frazione di eiezione ≥40%-<45% con:
   a) pattern di riempimento diastolico restrittivo ☐
   b) insufficienza mitralica >1 ☐
   c) WMSI elevato e ventricolo non dilatato ☐
4. Importante variazione del BNP ☐
5. Uso di diuretici dell'ansa ☐

20% degli IMA hanno EF<40%

Rizzello V. Acute card care 2012; 14:71-80

Pazienti ad alto rischio TROMBOTICO

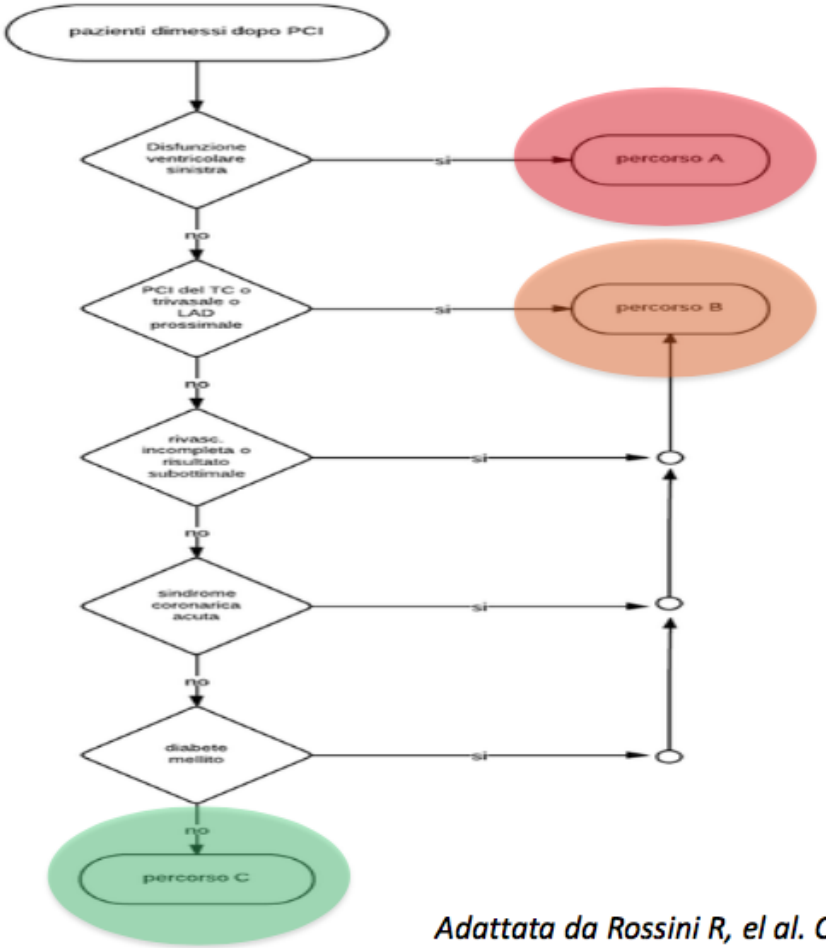
6. Arteriopatia periferica ☐
7. Storia di angina o pregresso infarto miocardico ☐
8. Malattia coronarica multivasale ☐
9. Rivascolarizzazione incompleta ☐
10. Pazienti non rivascolarizzati ☐

Pazienti con:

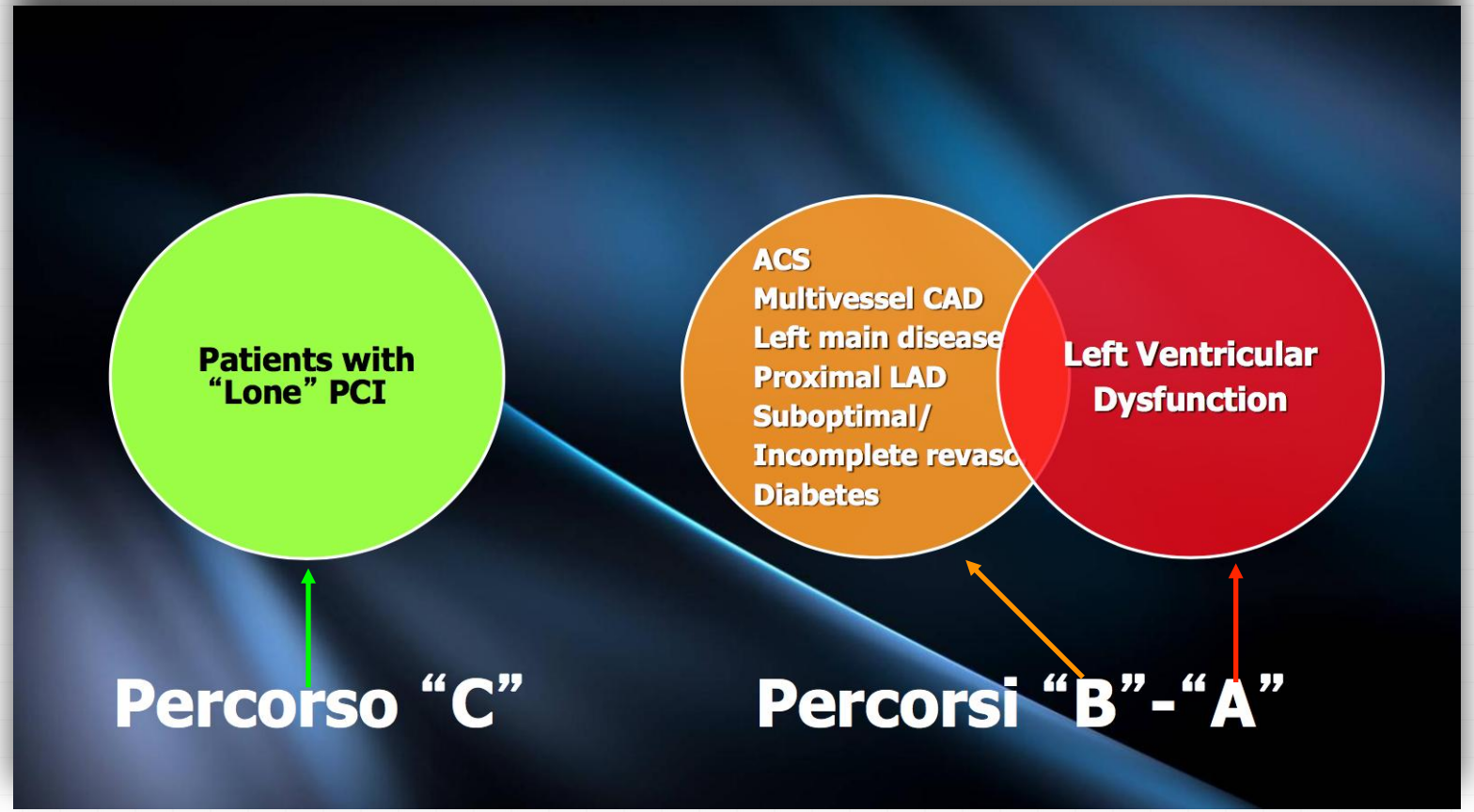
- ✓ malattia multivasale (specie se incompleta rivascolarizzazione)
- ✓ anatomia coronarica non nota
- ✓ ateriopatia periferica
- ✓ pregresso infarto/angina
- ✓ diabete mellito
- ✓ IRC

2. Pianificazione del percorso di follow-up alla dimissione

Algoritmo del protocollo



Adattata da Rossini R, el al. CCI 2015; 85:E129–E139


Patients with
"Lone" PCI
ACS
Multivessel CAD
Left main disease
Proximal LAD
Suboptimal/
Incomplete revasc
Diabetes
Left Ventricular
Dysfunction
Percorso "C"
Percorsi "B"-"A"

Percorso C (basso rischio)

Patients with "Lone" PCI

	dimissione	1 mese	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	entro 24 mesi
MMG	X		X				FU presso MMG
esami ematici			X			X	
Cardiologo + ECG						X	
Ecocardio							
Test funzionali *							

*non indicati nei primi 2 anni

Adattata da Rossini R, et al. CCI 2015

Percorso B (rischio intermedio)

ACS
Multivessel CAD
Left main disease
Proximal LAD
Suboptimal/
Incomplete revasc.
Diabetes

	dimissione	1 mese	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	entro 24 mesi
MMG	X		X		X		
esami ematici			X		X		
Cardiologo + ECG				X			X
Ecocardio							
Test funzionali				X*			

*da eseguirsi (3 o 6 mesi) in caso di rivascolarizzazione incompleta o subottimale, successivamente a cadenza biennale

Adattata da Rossini R, et al. CCI 2015

Percorso A (alto rischio)

Left Ventricular Dysfunction

	dimissione	1 mese	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	entro 24 mesi
MMG	X	X	X			X	
esami ematici		X	X			X	
Cardiologo + ECG			X			X	X*
Ecocardio			X			X**	
Test funzionali				***			

* annuale in caso di persistenza di disfunzione ventricolare sinistra

** successivamente biennale, in caso di rimodellamento ventricolare sinistro

*** in base al percorso B o C

Adattata da Rossini R, et al. CCI 2015

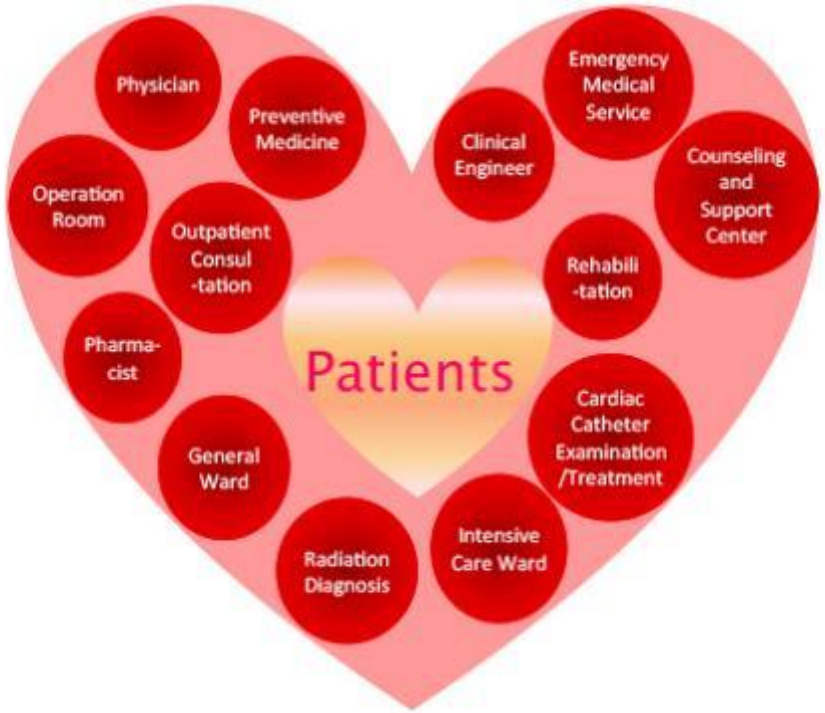
A chi destinare la relazione di dimissione?

- Paziente o care giver?
- Paziente e care giver?
- Paziente e medico di medicina generale?

...obiettivi...

MIGLIORARE L'ASSISTENZA AL PAZIENTE CARDIOPATICO CRONICO:

- *dalla valutazione dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare*
- *alla diagnosi di scompenso e cardiopatia ischemica*
- *alla gestione della terapia ed*
- *al controllo periodico*



"Sono convinta che il caos che stiamo vivendo nel settore sanitario troverà la soluzione quando davvero ci focalizzeremo sul paziente" **Marie Manthey.**

creazione di collegamenti per:

- **evitare il ricovero di pazienti a basso rischio**
- **evitare accessi al pronto soccorso**
- **migliorare esiti clinici e qualità delle cure**
- **una corretta allocazione delle risorse**

...il percorso...

1. **<u>Riconoscimento</u> da parte del MMG del paziente ad alto rischio o del paziente con cardiopatia ischemica o scompenso e valutazione di gravità**
2. **<u>Decisione</u> di:**

- **curarlo**
- ***inviarlo allo specialista cardiologo territoriale***
- **ospedalizzarlo**

3. **<u>Ripresa in carico</u> dopo la prima visita cardiologica o dopo la dimissione**

CARDIOLOGIA TERRITORIALE:

1) **VISITA + ECG + ECOSCOPIA MIRATA** *(per valutazione morfologica, ricerca danno d'organo , esenzione ticket)*
2) **ESECUZIONE RICHIESTE ACCERTAMENTI** *(con impegnative per eventuali holter, test da sforzo, rivalutazioni)*
3) **ESECUZIONE RICHIESTE CONTROLLI** *(quando necessari e definendo i tempi per il controllo)*
4) **REINVIO AL MMG PER PROSECUZIONE FOLLOW UP**

CARDIOLOGIA TERRITORIALE:

… inoltre …

dovrà occuparsi *totalmente delle prestazioni da effettuare a* **DOMICILIO** *che, oltre a visita cardiologica con elettrocardiogramma, prevedono anche , se necessarie, l'applicazione dei monitoraggi Holter delle 24 ore e l'esecuzione dell'ecoscopia*

GESTIONE A DOMICILIO

- E' indispensabile, per la gestione della patologia a domicilio, la **PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE** del paziente, con forte coinvolgimento del **TERRITORIO:**
- 1) **MMG**
- 2) **SPECIALISTI TERRITORIALI**
- 3) **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**
- 4) **OSPEDALE**

Cosa intendiamo per continuità delle cure

- ***Transition of care:*** l'insieme delle azioni volte a garantire la continuità delle cure ricevute da un contesto ad un altro (ToC)

- ***Skilled Nursing Facility***: l'assistenza specializzata in attività ordinarie e assistenziali nel conteso di cura domiciliare

- **Infermiere di famiglia….**

GESTIONE A DOMICILIO

RUOLO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Utile nelle attività di educazione sanitaria e di rilevazione di parametri biologici quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca e peso.

Cosa dice la letteratura

Format: Abstract ▾ Send to ▾

J Am Med Dir Assoc. 2013 Oct;14(10):736-40. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.004. Epub 2013 Apr 20.

Project ReEngineered Discharge (RED) lowers hospital readmissions of patients discharged from a skilled nursing facility.

Berkowitz RE[1], Fang Z, Helfand BK, Jones RN, Schreiber R, Paasche-Orlow MK.

⊕ Author information

Home visit

Treatment

The addition of a home visit by a cardiac nurse to usual multidisciplinary care reduced deaths and readmissions in patients with chronic congestive heart failure FREE

Vicki R Strang, RN, PhD

Author affiliations

http://dx.doi.org/10.1136/ebn.3.2.56

Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. ***Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study.*** *Lancet 1999 Sept 25;354:1077–83.* CrossRef PubMed Web of Science

QUESTION: In patients with chronic congestive heart failure (CHF) who are discharged home after acute admission, does the addition of a home visit by a cardiac nurse to usual multidisciplinary care reduce out of hospital deaths and unplanned readmissions?

Telemedicina

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

REVIEW ARTICLE

Edward W. Campion, M.D., *Editor*

State of Telehealth

E. Ray Dorsey, M.D., M.B.A., and Eric J. Topol, M.D.

From the Department of Neurology and the Center for Human Experimental Therapeutics, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY (E.R.D.); and the Scripps Translational Science Institute and the Scripps Research Institute, La Jolla, CA (E.J.T.). Address reprint requests to Dr. Dorsey at the University of Rochester Medical Center, 265 Crittenden Blvd., CU 420694, Rochester, NY 14642, or at ray.dorsey@chet.rochester.edu.

N Engl J Med 2016;375:154-61.
DOI: 10.1056/NEJMra1601705

TELEHEALTH IS THE PROVISION OF HEALTH CARE REMOTELY BY MEANS OF a variety of telecommunication tools, including telephones, smartphones, and mobile wireless devices, with or without a video connection. Telehealth is growing rapidly and has the potential to transform the delivery of health care for millions of persons. Although several reviews have examined the historical use and effects of telehealth,[1-3] few articles have characterized its current status. Here we examine the trends of telehealth, its limitations, and the possibilities for future adoption.

CURRENT TRENDS

Conclusioni

- **La prognosi dopo una SCA o dopo uno scompenso è fortemente differenziata e diversi devono essere i percorsi assistenziali**

- **La stratificazione prognostica è componente fondamentale della prevenzione secondaria e deve essere eseguita ed esplicitata in tutti i pazienti**

- **La riabilitazione cardiologica è un'opzione indicata soprattutto per i pazienti a più alto rischio la cui prognosi è più grave**

- **A tutti gli altri pazienti deve essere comunque garantito un percorso di prevenzione secondaria adeguato al loro profilo di rischio**

- **Il counseling per l'aderenza alla terapia e per il raggiungimento dei target terapeutici è componente essenziale del progetto assistenziale alla dimissione**

Chi fa cosa ?

Specialista

- Pianificazione del follow up
- Stratificazione del rischio mediante una valutazione clinica ed eventuali esami strumentali o test provocativi
- Conclusione iter diagnostico e invio al MMG

Medico di medicina generale

- Valutazione clinica e sorveglianza clinica del paziente
- Controllo feroce dei fattori di rischio
- Controllo dell'aderenza alla terapia
- Titolazione dei farmaci per il raggiungimento dei target

GRAZIE