

Seminario Regionale ANCE Calabria

INCONTRI PITAGORICI DI CARDIOLOGIA 5° Edizione

H. Costa Tiziana, Crotone 1-2 Ottobre 2004

**Limitate Risorse
economiche ed umane**

**Incremento progressivo
dei costi** (tecnologie più sofisticate
nuovi presidi terapeutici ...)

**Aumento delle dimensioni epidemiologiche
dello scompenso cardiaco**

DIVARIO

**TRA LA GESTIONE CLINICA OTTIMALE
E LE RISORSE DISPONIBILI**

***L'AUMENTO DELLE DIMENSIONI EPIDEMIOLOGICHE
DELLO SCOMPENSO CARDIACO E' DOVUTO A :***

- ✓ **INCREMENTO DELL'ETA' DELLA POPOLAZIONE ;**
- ✓ **RIDUZIONE DEGLI EVENTI CORONARICI ACUTI ;**
- ✓ **TRATTAMENTO EFFICACE DI MALATTIE CRONICHE
CARDIOVASCOLARI (ipertensione arteriosa, cardiopatia
ischemica, Diabete mellito...)**

INCIDENZA ANNUALE E' :

1-5 casi/ 1000 soggetti

si raddoppia per ciascuna decade >45 anni

PREVALENZA :

3-20 casi/1000 soggetti

100 casi/1000 soggetti di eta' > 65 anni

Scompenso Cardiaco come Epidemia

U.S.A.

INCIDENZA 400.000 casi/anno

PREVALENZA : 5.000.000 casi

Mortalità : 40.000 pz /anno (vi contribuisce in altri 250.000)

Aumento nel 1993 del 42% rispetto al 1979

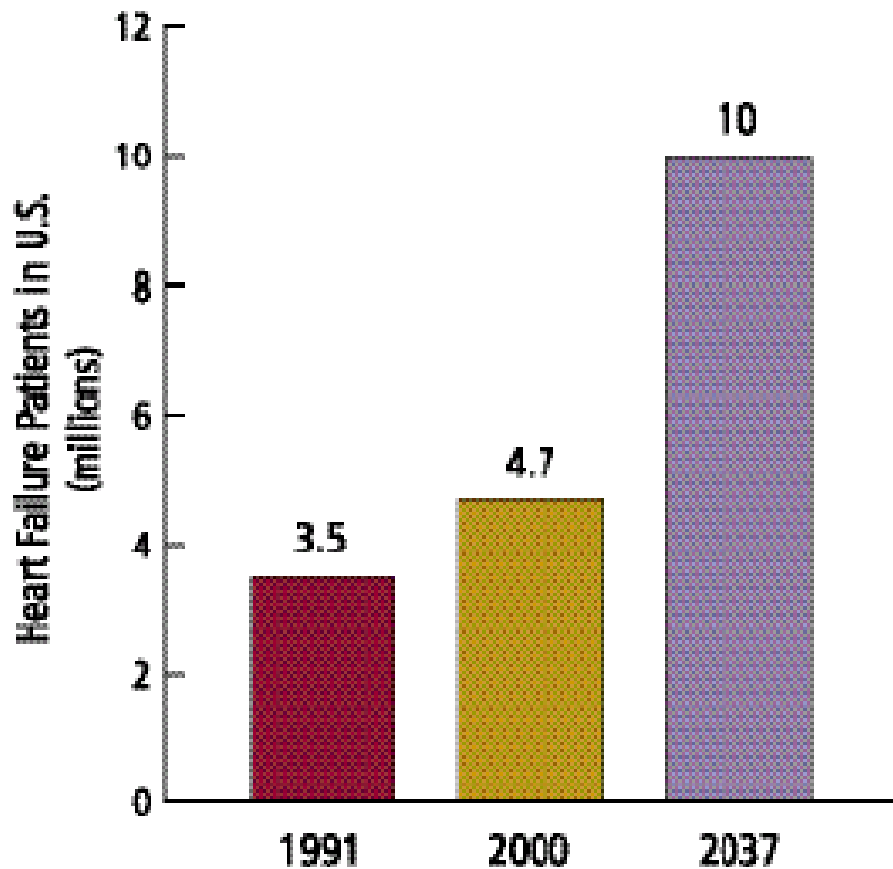
Aumento nel 1993 del 330% rispetto al 1970

Aumento di 6 volte rispetto al 1955

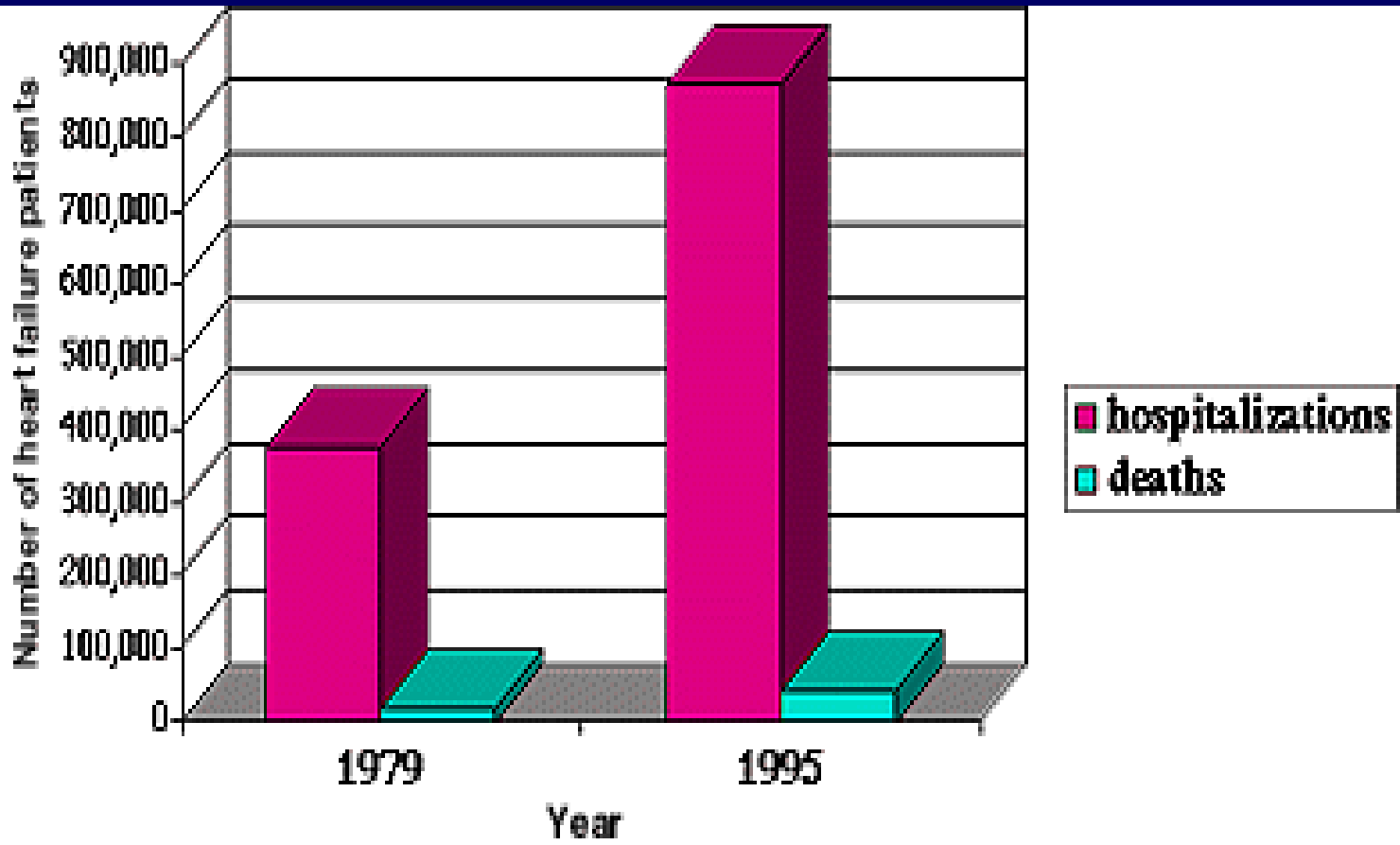
PREVALENZA NEI PAESI OCCIDENTALI

16.000.000 di casi

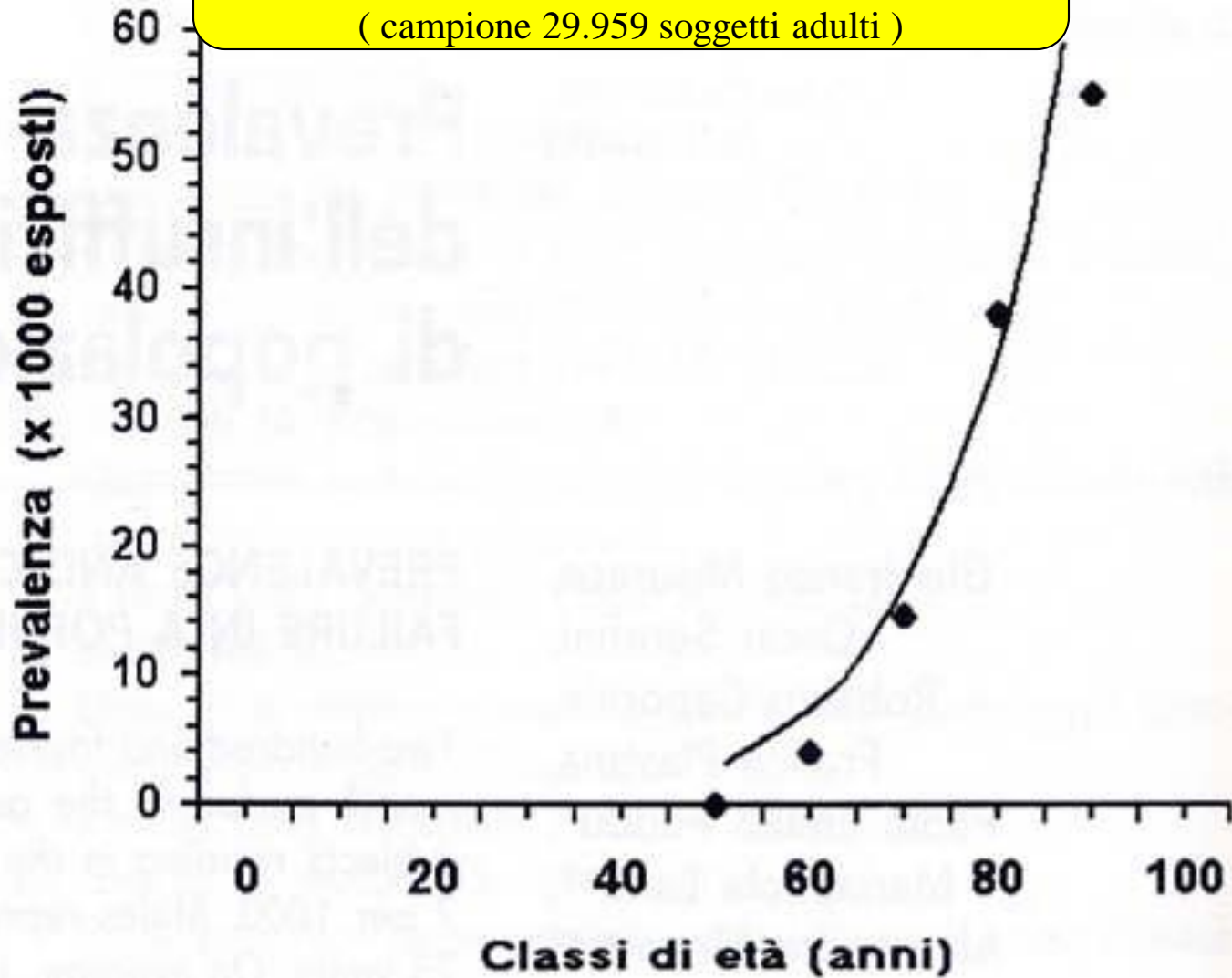
Epidemiology of heart failure in the United States.



- More deaths from heart failure than from all forms of cancer combined
- 4.7 million symptomatic patients; estimated 10 million in 2037
- Incidence: About 550,000 new cases per year
- Prevalence is 1% between the ages of 50 and 59 years; progressively increasing to >10% over age 80



CALABRIA
PREVALENZA 7/1000
(campione 29.959 soggetti adulti)



EPIDEMIOLOGIA DELL'OSPEDALIZZAZIONE PER SCOMPENSO CARDIACO

Dati nazionali relativi al 1996, su
9.024.892 ricoveri per acuti

| N. DRG | N. casi | Giornate di degenza | Degenza media (gg) |
|-------------------------------------|---------|---------------------|--------------------|
| 1° Parto | 290.577 | 1.336.945 | 4,6 |
| 2° Miscellanea gastrointestinale | 204.353 | 1.151.494 | 5,6 |
| 3° Cataratta | 192.822 | 674.180 | 3,5 |
| 4° Dolori di schiena | 172.724 | 1.359.953 | 7,2 |
| 5° Scompenso | 127.043 | 1.361.623 | 10,7 |

Analisi dei Costi

Costi medici :

- Spese di Ospedalizzazione ;
- Esami Diagnostici;
- Terapia(< 10 dei costi);
- Visite Ambulatoriali ;
- Interv. Cardiochirurgici (...trapianto cardiaco);

Costi non-medici :

Assistenza Infermieristica
Domiciliare ;
Costi Sociali (invalidità; assenze
dal lavoro, oneri familiari ,
qualità di vita percepita-pz giovani-)

Lo Scompensamento Cardiaco è un problema di salute pubblica di grandi dimensioni e per di più crescente

COSTI DELLO SCOMPENSO CARDIACO

| | |
|-------------|---|
| STATI UNITI | 1,9% della spesa globale (40 Milioni di Dollari) |
| INGHILTERRA | 1,2% della spesa globale (360 Milioni di Sterline) |
| FRANCIA | 1,9% della spesa globale |
| OLANDA | 1% della spesa globale |
| ITALIA | 1,4% della spesa globale (2%) |

Il 70% dei costi è dovuto alle ospedalizzazioni

L'esigenza di soluzioni gestionali per lo S.C. nasce da :

- DIMENSIONI CRESCENTI E RILEVANTI DEL PROBLEMA

- IL PZ CON S.C. È UN MALATO AD ALTO ASSORBIMENTO DI RISORSE ;

- ALTO NUMERO DI RIOSPEDALIZZAZIONI (14-34%);

- ALTO NUMERO DI OSPEDALIZZAZIONI A “ BASSO RISCHIO” (52%) — Butler : Am J Cardiol 1998 -;

Precipitating Factors in Chronic Heart Failure

| | N% Patients |
|--|-----------------|
| LACK OF COMPLIANCE | 65(64,4) |
| with diet | 22(21,8) |
| with drugs | 6(5,9) |
| with both(diet and durgs) | 37(36,6) |
| UNCONTROLLED HYPERTENSION | 44(43,6) |
| CARDIAC ARRYTMIAS | 29(28,7) |
| ATRIAL FIBRILLATION | 20(19,8) |
| ATRIAL FLUTTER | 7(6,9) |
| MULTIFOCAL ATRIAL TACHICARDIA | 1(1,0) |
| VENTRICULAR TACHICARDIA | 1(1,0) |
| ENVIRONMEDICAL FACTORS | 19(18,8) |
| INADEGUATE THERAPY | 17(16,8) |
| PULMONARY INFECTION | 12(11,9) |
| EMOTIONAL STRESS | 7(6,9) |
| ADMINISTATION OR INAPPROPIATE MEDICATIONS OR FLUID OVERLOAD | 4(4,0) |
| MYOCARDIAL INFARCTION/RUPTURE CHORAE TENDINEASE | 6(5,9) |
| ENDOCRINE DISORDERS(THYROTOXICOSIS) | 1(1,0) |

Compiti del Cardiologo :

- ✓ Eseguire la Verifica della diagnosi Eziologica ;
- ✓ **Eseguire la Valutazione e stratificazione Prognostica del Pz;**
- ✓ Formulare il Prospetto Terapeutico(farmacologico e non) e gestionale per il pz;
- ✓ **Garantire la Risposta rapida alla domanda dell'Infermiere Specializzato;**
- ✓ Eseguire le visite di controllo e il follow-up allargato;
- ✓ **Offrire disponibilità al ricovero ospedaliero se necessario;**

Compiti del Medico di Famiglia

- ✓ Condurre la Terapia secondo il Progetto Terapeutico formulato;
- ✓ **Consultare l'infermiere specializzato per dubbi organizzativi;**
- ✓ Consultare il Cardiologo per dubbi diagnostici e terapeutici;
- ✓ **Condurre il follow-up ;**

Compiti della Figura Infermieristica Specialistica :

Prendersi in carico i pz alla dimissione o dopo la 1° visita ambulatoriale ;

- **Rinforzare la comunicazione medica relativa alla malattia**
- Informare il pz e il medico di famiglia dei piani terapeutico.organizzativi;
- **Occuparsi dell'educazione sanitaria del pz e dei familiari (riunioni di Gruppo,materiale informativo, diario del pz, informazioni sulla dieta, rianimazione cardiopolmonare di 1° soccorso;**
- Insegnare la compliance,rinforzarla e verificarla; stimolare l'autogestione;
- **Fare fronte agli aspetti gestionali ed organizzativi(gestione appuntamenti, controllo es ematochimici...)**
 - Raccogliere periodicamente dati clinici telefonicamente;
 - **Controllare il training fisico;**
 - Essere in grado di riconoscere i sintomi,giudicare la necessità della Consultazione medica o cardiologica;
- **Fornire i numeri e le indicazioni necessarie per le chiamate d'emergenza ;**

Il paziente dovrà essere il “Cogestore” dei Piani Terapeutici

- ◆ Pazienza ed Accettazione della sua condizione fisica ;
- ◆ Assunzione della Politerapia Farmacologica;
- ◆ Attuazione dei Cambiamenti dello Stile di Vita;
- ◆ Sviluppo della Capacità di Autocontrollo (rilievo quotidiano del peso, F.C., P.A., Riconoscere il Livello dei Sintomi,) ;
- ◆ Intuire precocemente la reale necessità del controllo medico o del ricovero;
- ◆ Uso appropriato del consiglio telefonico ;

Advisory Board Company Cardiology Preeminence
Round Table : possibili soluzioni gestionali :

- × Creazione di un ambulatorio dedicato gestito da personale infermieristico specializzato ;
- × **Sviluppo dell'assistenza domiciliare specialistica;**
- × Creazione di Unità di breve degenza per pz con Instabilizzazione ;
- × **Utilizzo Centri di Riabilitazione Cardiologica ;**
- × Sviluppo di Unità di Terapia Intermedia Dedicata :
Unità per lo Scompenso Cardiaco .

I modelli Assistenziali Efficaci vanno identificati con i bisogni effettivi dei pz , fattibili nella realtà locale e a costi ragionevoli

Razionale Gestione della S.C. = Abbattimento dei Costi

**CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE**
del **Paziente con**
Sequenza Cardiaca

**Strutture
Ospedaliere**

**Strutture
Territoriali,
Medici di famiglia**

Stretta Collaborazione
Condivisione del Linguaggio
Riferimento alle Linee Guida