

LIGURIA/ La best practice del progetto «Ponte» testato dalla Asl 2 Savonese sullo scompenso cardiaco

# La chiave del disease management

**Raddoppio dei casi nei prossimi 20 anni - Così i ricoveri bis possono ridursi del 35%**

**L**o scompenso cardiaco (Sc) è una sindrome clinica caratterizzata da un'alterata funzione di pompa cardiaca. Nei Paesi industrializzati lo Sc mostra una chiara tendenza all'incremento sia in termini di incidenza che di prevalenza. L'American heart association (Aha) stima che l'incidenza annuale di Sc è di circa 10 per 1.000 persone dopo i 65 anni fino a giungere a 40 per 1.000 persone dopo gli 85 anni e che ogni anno ci siano circa 550mila nuovi casi con la tendenza al raddoppio nei prossimi 20 anni. Infatti il progressivo cambiamento demografico della popolazione con l'aumento dell'età media ha comportato un incremento sia in termini di incidenza che di prevalenza di questa sindrome favorendo attraverso la coesistenza con altre patologie la comparsa di una nuova tipologia di paziente, il paziente cronico. Lo Sc è la più comune diagnosi nei Drg ed è la terza causa di morte per patologie cardiovascolari per i pazienti con età maggiore di 65 anni. L'avvento di farmaci come gli ace-inibitori, i beta bloccanti e lo spironolattone ha rivoluzionato il management dei pazienti scompensati, ma non ha ridotto il numero di ricoveri e di re-ricoveri per Sc. Si stima infatti che un terzo dei pazienti ricoverati per Sc sono riammessi in ospedale dopo 90 giorni e che i costi legati al trattamento di questa patologia siano proprio legati al numero dei ricoveri ospedalieri drammaticamente incremen-

tati negli ultimi 20 anni (400mila nel 1979 per passare a oltre un milione nel 2005).

Lo studio Temistocle, studio osservazionale volto a valutare la gestione dei pazienti scompensati nelle degenze di cardiologia e di medicina interna italiane, ha confermato come la diagnosi di scompenso cardiaco sia una delle diagnosi di ammissione ospedaliera prevalenti e come gli scompensati seguiti da internisti e cardiologi siano di fatto due differenti tipologie di pazienti. Sono più fragili e con multiple comorbidità quelli ricoverati nelle degenze di medicina interna più giovani e in classe funzionale peggiore quelli seguiti dai cardiologi. Il 45% dei pazienti subisce un re-ricovero nei sei mesi successivi. Tra le possibili cause di riammissioni la scarsa continuità di cura tra ospedale e territorio.

Il paziente affetto da scompenso cardiaco ricoverato nei nostri ospedali è quindi per lo più un paziente anziano, affetto da multiple comorbidità e in trattamento polifarmacologico e quindi per definizione un paziente «fragile complesso» spesso trattato da differenti specialisti e che non segue un programma integrato di cura. La gestione del paziente affetto da Sc dovrebbe però essere multidisciplinare, multidimensionale e personale configurando un percorso volto a una continuità di cura. L'aumento della speranza di vita correlato a una crescente domanda di assistenza sanitaria è però anche un feno-

meno legato all'incontrollato incremento della spesa sanitaria verificatosi negli ultimi decenni. La necessità di ridurre i ricoveri ospedalieri attraverso una razionalizzazione delle risorse unita al bisogno di un approccio integrato di cura ha pertanto contribuito al delineamento di programmi di «disease management» come programmi di approcci multidisciplinari per la presa in carico post-dimissione dei pazienti affetti da malattie croniche.

Negli ultimi 10 anni sono stati testati vari approcci multidisciplinari post-dimissione per la gestione del paziente scompensato (follow-up dell'internista con la supervisione del cardiologo, follow-up dell'internista in collaborazione con il medico di famiglia, follow-up telefonico e ambulatoriale dell'infermiere in collaborazione all'internista, follow-up telefonico dell'internista) che globalmente hanno dimostrato di ridurre di circa il 35% le riammissioni ospedaliere.

L'Italia, data l'età media degli abitanti superiore a quella di altri Stati europei e quindi virtualmente con un maggior numero di pazienti cronici complessi, si presta bene all'implementazione di questi programmi di disease management.

**Paola Gnerre**

direttivo nazionale Anaa giovani

**Domenico Montemurro**

responsabile settore Anaa giovani

**Carlo Palermo**

vicesegretario nazionale Anaa

## Un antidoto possibile contro i tagli ai posti -letto

**I**l Patto della salute 2014-2016 ha come obiettivi principali il mantenimento dell'integrità e della sostenibilità del Ssn di fronte alle nuove sfide principalmente attraverso la lotta agli sprechi, l'umanizzazione delle cure e la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale.

Quando applicato prevederà però anche un'ulteriore riduzione del numero dei posti letto (negli ultimi 15 anni ne sono stati tagliati circa 70.000) preoccupante soprattutto per le patologie «tempo dipendenti» come l'ictus e l'infarto miocardico acuto. L'obiettivo è il raggiungimento dello standard del 3 per mille posti letto per gli acuti e dello 0,7 per le lungodegenze e riabilitazione. All'interno di questa importante ristrutturazione diventa pertanto ancora più importante prevedere una conversione dei ricoveri ordinari in ricoveri di day hospital/day service.

Il sistema attuale ha dimostrato, a parte poche eccezioni, un sistematico fallimento sia da parte dell'Ospedale sia da parte del Territorio nella gestione del paziente cronico, paziente che più di altri è soggetto a ricoveri e re-ricoveri ospedalieri e più di altri incide sulla spesa sanitaria nazionale.

Urge quindi la necessità di strutturare nuovi percorsi e

modelli di appropriatezza attraverso la creazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (Pdta) multidisciplinari e multidimensionali che garantiscono da un lato una cura giusta nel tempo e nel posto giusto (appropriatezza clinica e organizzativa) e dall'altro abbiano il merito di favorire una presa in carico globale realmente condivisa tra ospedale e territorio.

Il progetto Ponte è quindi un esempio dell'efficacia di un programma di disease management applicato allo scompenso, ma potrebbe essere il prototipo per un progetto più ampio di disease management applicato al paziente cronico complesso attraverso l'implementazione di day service o ambulatori multidisciplinari, ponte di congiunzione tra ospedale e territorio. Ai day service dovrebbero poter accedere sia pazienti con acuzie per i quali potrebbe non essere previsto il ricovero ospedaliero sia i pazienti cronici complessi in follow up clinico inviati sia dal medico di medicina generale sia dal medico di pronto soccorso che dal medico operante in strutture di riposo. La strutturazione di questo progetto contribuirebbe realmente e praticamente alla realizzazione del Patto della Salute garantendo sostenibilità, equità e appropriatezza di cura e organizzativa.