

30

LO SCOMPENSO CARDIACO IN ITALIA

PROTAGONISTI A CONFRONTO



COLLANA

I QUADERNI DI **quotidianosanità.it**

Supplemento a
quotidianosanità.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.

QS Edizioni srl
Via Boncompagni, 16
00187 - Roma
Tel. (+39) 02.28.17.26.15
info@qsedizioni.it
iscrizione al ROC n. 23387
iscrizione Tribunale di Roma
n. 115/3013 del 22/05/2013

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriguez

I diritti di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento totale
o parziale con qualsiasi mezzo sono
riservati per tutti i Paesi.

Roma, dicembre 2020



Quotidiano
Sanità
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Indice

- 4 **INTRODUZIONE**
5 **OVERVIEW SULLO SCOMPENSO CARDIACO**

LE RICHIESTE DEI PAZIENTI

- 7 **PRESA IN CARICO MULTIPROFESSIONALE E DOMICILIARITÀ**
Salvatore Di Somma, Professore di Medicina D'Urgenza Università La Sapienza di Roma e Direttore Scientifico Associazione italiana scompensati cardiaci (AISC)
- 7 **DEMATERIALIZZARE LA BUROCRAZIA, IL PAZIENTE SIA VERO PROTAGONISTA**
Maria Rosa Di Somma, Consigliere Associazione italiana scompensati cardiaci (AISC)

LA PROSPETTIVA CLINICA

- 11 **LE CINQUE PAROLE CHIAVE PER LA GOVERNANCE DELLO SCOMPENSO CARDIACO**
Aldo Pietro Maggioni, Direttore Centro Studi Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
- 12 **ABBIAMO BISOGNO DI RETI, DI NETWORK E DI CARDIOLOGI**
Domenico Gabrielli, Presidente Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
- 13 **LO SCOMPENSO CARDIACO È UNA MALATTIA CHE SFIDA IL NOSTRO SSN PERCHÈ OBBLIGA A LAVORARE IN RETE. NON È DI NESSUNO, MA È DI TUTTI. L'ESPERIENZA DELL'AREA METROPOLITANA DI BOLOGNA**
Stefano Urbinati, Presidente Italian Federation of Cardiology (IFC)
- 14 **IL RUOLO DEL MEDICO, IL RUOLO DELLA POLITICA**
Ciro Indolfi, Presidente Società Italiana di Cardiologia (SIC)
- 15 **IL COVID HA RESO EVIDENTI PROBLEMI GIÀ ESISTENTI**
Giuseppe Tarantini, Presidente Società Italiana di Cardiologia Interventistica (GISE)

LA PROSPETTIVA POLITICA

- 17 **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E QUALITÀ FORMATIVA NELL'AGENDA DEL DECISORE**
Angela Ianaro, XII Commissione Affari Sociali, XIV Commissione Politiche dell'Unione Europea, Camera dei Deputati
- 18 **GESTIRE IL CAMBIAMENTO, NON SUBIRLO**
Sonia Fregolent, XII Commissione Permanente Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

IL DIBATTITO

- 20 **UNA DOMANDA, TANTE RISPOSTE, UNA MEDESIMA ASPIRAZIONE**

INTRODUZIONE

Questo Quaderno di Quotidiano Sanità raccoglie le riflessioni dei partecipanti al National Summit dedicato allo Scompenso Cardiaco organizzato da Sics – Società Italiana di Comunicazione scientifica e Sanitaria il 23 novembre scorso e realizzato con il contributo incondizionato di Astra Zeneca. Clinici, politici e rappresentanti delle associazioni dei pazienti hanno discusso animando il Summit che è stato trasmesso in diretta sul sito Quotidiano Sanità e su tutti i Social media e le testate collegate al Gruppo.

Ne è risultata un'agenda importante sui temi della governance delle cronicità, sull'importanza delle reti multidisciplinari e multiprofessionali, sulla necessità di rendere pazienti e caregiver sempre più protagonisti della propria storia di malattia che la politica, presente con due membri delle Commissioni parlamentari competenti di Camera e Senato, ha accettato di condividere e, crediamo, fare propria in larga misura.

OVERVIEW SULLO SCOMPENSO CARDIACO

È attualmente
la prima causa
di ricovero in Italia,
subito dopo il parto

La popolazione degli scompensati è in crescita esponenziale, per l'invecchiamento della popolazione e il crollo della mortalità per cardiopatia ischemica. Lo scompenso è una patologia che impedisce al cuore di pompare correttamente il sangue e determina, nel tempo, il coinvolgimento di una serie di organi tanto che c'è chi ha proposto una stadiazione, simile a quella del tumore, sulla base degli organi interessati. È una patologia seria anche dal punto di vista prognostico, poiché la metà dei pazienti muore a 5 anni dalla diagnosi.

Secondo gli ultimi dati dello studio Arno si stima che in Italia la popolazione interessata da questa condizione è di **1,2 milioni di persone** (l'1-2% della popolazione); i ricoveri per scompenso si aggirano sui 180 mila per anno e hanno una durata media di 9 giorni. Una persona con scompenso costa allo Stato circa 11.800 euro l'anno (per un totale di 2,1 miliardi di euro) e l'85% di questa cifra è rappresentato dalle spese di ricovero. **Negli ultimi 5 anni si è registrato un incremento del 40% dei ricoveri.** Un dato atteso in parte, in quanto legato all'aumento dell'aspettativa di vita, al crollo della mortalità per cardiopatia ischemica e dunque all'aumento della popolazione anziana con un cuore lesionato e scompensato.

Nei prossimi 25 anni è previsto un aumento del 50% dei ricoveri per Scompenso cardiaco e con la giusta cura e il giusto sostegno le persone affette da Scompenso Cardiaco possono **guadagnare molti anni di vita** e migliorare sensibilmente la qualità

LO SCOMPENSO CARDIACO IN ITALIA
PROTAGONISTI A CONFRONTO

LE RICHIESTE DEI PAZIENTI



PRESA IN CARICO MULTIPROFESSIONALE E DOMICILIARITÀ

Salvatore Di Somma
Professore di Medicina
D'Urgenza Università
La Sapienza di Roma
e Direttore Scientifico
Associazione italiana
scompenso cardiaci
(AISC)

Lo Scompenso cardiaco è una patologia complessa, con grandi numeri e che troppo spesso trova nel Pronto Soccorso una porta sempre aperta perché, nelle situazioni d'urgenza, spesso è l'unica soluzione. Naturalmente la volontà dei pazienti è tutt'altra e per questo motivo il primo obiettivo della nostra azione, come AISC ma anche come clinici che operano in questo settore, è cercare da un lato di ridurre in primis la mortalità che purtroppo, come sappiamo, è anche superiore ad alcune forme di cancro, ma soprattutto ridurre l'ospedalizzazione perché ogni riospedalizzazione attraverso il Pronto soccorso significa, statisticamente, un peggioramento della prognosi.

Il paziente con scompenso cardiaco inoltre soffre spesso di patologie concomitanti come insufficienze respiratorie o insufficienze renali. Dopo due o tre accessi per anno al Pronto Soccorso, due o tre ricoveri per essere riequilibrato, poi torna sul territorio e, purtroppo, si trova un po' perso e disorientato. Diventa quindi fondamentalmente quello che i pazienti stessi con scompenso cardiaco chiedono continuamente ai clinici: essere più connessi tra di loro, in una logica reale di rete. C'è il medico di Pronto Soccorso, poi c'è il cardiologo che lo ricovera, l'internista, l'emodinamista, il cardiocirurgo, il medico di medicina generale, lo specialista ambulatoriale, etc. Insomma tante

figure professionali, spesso scollegate tra loro che disorientano il paziente o, nella migliore delle ipotesi, lo costringono a peregrinazioni da uno specialista all'altro senza mai sentirsi veramente al centro di un'azione corale multiprofessionale. Per fare un semplice esempio anche alla luce della tragedia che il Covid ha rappresentato, l'opportunità che la telemedicina potrebbe rappresentare per le cronicità, e dunque anche per lo scompenso cardiaco, non va sottovalutata. Se potessimo utilizzare strumenti di telemedicina in una certa percentuale di pazienti con scompenso, potrebbero, anche con l'aiuto di qualificato personale infermieristico, essere controllati sul territorio (al domicilio) prevenendo peggioramenti della patologia e conseguenti nuovi ricoveri. Attraverso l'uso della Telemedicina si potrebbe in ultima analisi realizzare quindi quella rete oggi mancante tra Medici di Medicina Generale, Specialisti, personale infermieristico, riabilitatori, caregiver e paziente e che potrebbe portare per quest'ultimo ad una miglior qualità di vita ed a sentirsi costantemente protetto. In estrema sintesi, e in questo traguarderei una delle azioni più importanti dell'AISC, nel nostro mondo ideale il paziente non dovrebbe andare mai a cercarsi lo specialista o il centro di riferimento da solo. Bisognerebbe "portarglielo a casa".

DEMATERIALIZZARE LA BUROCRAZIA, IL PAZIENTE VERO PROTAGONISTA

Maria Rosa Di Somma
Consigliere Associazione
italiana scompensati
cardiaci (AISC)

Nonostante l'elevato numero di pazienti affetti da scompenso cardiaco, e l'alto tasso di mortalità, lo scompenso cardiaco, è una patologia ancora troppo sottovalutata. In questa sede vorrei per un momento non soffermarmi sulle gravi difficoltà di cura e di assistenza che il paziente scompensato ha dovuto affrontare e tuttora affronta a causa dell'emergenza pandemica causata dal Covid che ha acuitizzato molti problemi legati non solo alla paura del contagio, ma soprattutto alla paura di essere costretti a trascurare la propria patologia, ma vorrei evidenziare le tante carenze che si riscontrano nel quotidiano nella cura dello scompenso cardiaco. Tra le prime criticità che meglio evidenzia la scarsa attenzione alla patologia da parte del sistema è la mancanza di prescrizione specifica di visita "per lo scompenso cardiaco" e conseguentemente l'assenza di Centri specializzati per lo scompenso cardiaco, al pari delle altre patologie croniche. È opportuno sottolineare che lo scompenso cardiaco è una patologia riconosciuta cronica ai sensi del decreto del Ministero della Sanità del 2014, caratterizzata nella maggioranza dei casi da comorbilità e da frequenti ospedalizzazioni e riospedalizzazioni con conseguenti rilevanti ricadute sulla durata di vita del paziente e sui costi della sanità pubblica.

La sottomista della malattia e la scarsa conoscenza della sua gravità si riscontra spesso nel ritardo in cui viene effettuata la diagnosi e nella mancanza di in una appropriata attività di prevenzione.

L'insieme di questi fattori hanno rappresentato i pilastri strategici del percorso avviato dalla nostra Associazione fin dalla sua costituzione avvenuta nell'aprile del 2014, partendo da una capillare attività di formazione ed informazione sulla conoscenza della patologia mettendo in condizione il paziente di conoscere la malattia da cui sono affette, di riconoscerne i sintomi, dell'importanza della terapia, dello stile di vita e di

migliorare le proprie condizioni di vita. È stato distribuito materiale informativo strutturato in modo da conciliare la correttezza scientifica delle informazioni con un linguaggio facilmente accessibile e comprensibile per il paziente, è stato sensibilizzato lo stesso paziente sull'attenzione al controllo della propria malattia attraverso il peso, i valori pressori, l'aderenza alla terapia ed un migliore dialogo con il proprio medico. Ogni anno nella settimana europea dello scompenso cardiaco, un camper attrezzato ad ambulatorio con medici ed infermieri a bordo ha attraversato il nostro Paese fermandosi nelle piazze o presso i centri ospedalieri per effettuare test preliminari ai fini dello scompenso cardiaco. Dai risultati della campagna spesso abbiamo dovuto constatare come tante persone erano a fortissimo rischio e sono state immediatamente indirizzate al proprio medico.

Nell'ottica di proporre anche nei confronti delle istituzioni delle soluzioni di gestione della cura dello scompenso cardiaco che meglio rispondesse alle necessità, ma soprattutto a rimuovere le tante criticità dell'assistenza, abbiamo individuato con gli stessi pazienti ed il supporto del comitato scientifico, che solo attraverso un percorso di presa in carico del paziente secondo un modello integrato, interprofessionale ed interdisciplinare basato sul dialogo tra medico di medicina generale, cardiologo, medico di medicina interna, medico di emergenza, e tutti gli specialisti coinvolti nelle altre concomitanti patologie croniche di cui nella maggior parte dei casi è affetto, si può assicurare al paziente scompensato un sistema di cura che possa rispondere alle sue necessità di cura ed all'efficacia dei servizi offerti dal servizio sanitario.

Il modello su cui tutti siamo chiamati a collaborare deve porre al centro il paziente e tutt'intorno, in maniera circolare con interazioni di tipo informatico l'intero sistema sanitario senza trascurare il grande contri-

buto che può essere offerto anche dagli operatori infermieristici.

Tale modello non solo assicura una buona gestione della cura dello scompenso cardiaco in quanto riduce le fasi acute della malattia, un migliore sistema di continuità cura tra ospedale e territorio, ma ha dei benefici rilevanti sulla spesa del sistema sanitario nazionale e regionale in quanto riduce in maniera considerevole il ricorso da parte del paziente alle ospedalizzazioni e riospedalizzazioni che oggi rappresenta una delle voci più rilevanti dei costi sanitari del nostro paese, tenendo conto che normalmente la permanenza del paziente scompensato presso l'ospedale si aggira tra i 7/10 giorni.

Naturalmente un tale sistema per funzionare ha necessità che vengano abbattuti tutti i passaggi burocratici che oggi affliggono il percorso di cura del paziente, in primis che la ricetta dematerializzata diventi prassi ordinaria, che i piani terapeutici abbia durata fino a modifica della terapia e che il fascicolo sanitario elettronico sia uno strumento a disposizione del paziente e di tutti i clinici che in maniera circolare devono interagire nell'assistenza del paziente.

Il modello di gestione della cura del paziente scompensato da noi proposto trova il suo supporto su un quadro normativo esiste, ma che ad oggi non ha ancora trovato la sua implementazione sul territorio. Il piano delle cronicità, i LEA, i PDTA, le linee guida per la telemedicina, costituiscono i presupposti programmatici per assicurare al paziente cronico la migliore assistenza e ridurre al minimo il determinarsi della fase acuta ed il crescere in maniera esponenziali dei costi della sanità pubblica, dedicando risorse a migliorare l'assistenza della fase cronica e delle difficoltà del paziente a trovare un punto di collegamento nel prosieguo della sua malattia tra ospedale e territorio. Noi riteniamo che proprio l'emergenza pandemica che stiamo vivendo che ha dimostrato quanto la sanità sia in affanno sia un'opportuni-

tà da cogliere per ristrutturare il nostro sistema sanitario che metta al centro il paziente e le sue esigenze.

Certamente per vincere la sfida è necessario anche un maggior ricorso all'innovazione tecnologica. Basti pensare a quanto la ricetta dematerializzata abbia influito positivamente sul vissuto quotidiano dei pazienti e degli stessi ambulatori, "alleggeriti" in termini di pressione di persone. Non si spieghi perché lo stesso non possa avvenire per il piano terapeutico, che eviti al paziente di peregrinare tra ambulatori e reparti per acquisire in via cartacea le varie autorizzazioni, anziché essere condiviso tra i vari specialisti per via informatica, senza trascurare la possibilità di della "home care" del paziente quale prassi ordinaria di presa in carico.

Nell'interesse dei tanti pazienti che rappresentiamo, continueremo a far emergere queste nostre istanze, fiduciosi nella condivisione in futuro da parte di tutti coloro che si adoperano per l'assistenza al paziente.



LO SCOMPENSO CARDIACO IN ITALIA
PROTAGONISTI A CONFRONTO

LA PROSPETTIVA CLINICA



LE CINQUE PAROLE CHIAVE PER LA GOVERNANCE DELLO SCOMPENSO CARDIACO

Aldo Pietro Maggioni
Direttore Centro Studi
ANMCO (Associazione
Nazionale Medici
Cardiologi Ospedalieri)

Credo sia opportuno soffermarsi su cinque parole chiave che vorrei sottolineare per trarre guardando il futuro dell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco:

1 Tipologia delle ospedalizzazioni. Un paziente con scompenso cardiaco oggi viene riospedalizzato molto frequentemente ma la metà delle ospedalizzazioni non sono cardiovascolari quindi questa parola chiave secondo me solleva in maniera chiara e quasi drammatica la necessità dell'interdisciplinarietà. Circa la metà delle ospedalizzazioni di pazienti che hanno (anche) lo scompenso cardiaco non ha nulla a che fare con le patologie cardiovascolari mentre circa il 30-40% di quelle cardiovascolari sono dovute a scompenso cardiaco. Questo va tenuto in debito conto quando ci si focalizza su questo tipo di paziente che ha, nell'ambito del sesso maschile, un'età mediana attorno ai 78-80 anni e nelle donne anche di più, attorno agli 84-86.

2 Farmaci innovativi. I farmaci innovativi sono estremamente importanti perché hanno dimostrato nei trial clinici di avere un effetto rilevante sull'outcome clinico e qualche volta a anche sulla qualità di vita dei pazienti. Quello che va ricordato, però, di nuovo è il problema della pluripatologia di questi pazienti. Per quanto un farmaco nuovo sia in grado di dare grande beneficio in termini di riduzione di ospedalizzazioni per scompenso, esso non risolve (da solo) il total burden di un paziente che ha scompenso cardiaco.

3 Heart Failure clinic o "ambulatorio dedicato". Credo che questa potrebbe essere la risposta più efficace per ridurre gli accessi al Pronto Soccorso ed i conseguenti ricoveri ospedalieri. Probabilmente un ambulatorio dedicato dove operano e si confrontano le necessarie, varie componenti multidisciplinari potrebbe essere una soluzione efficace per una migliore gestione dei pazienti con scompenso, incluse situazioni acute ma non tale da rendere indispensabile un ricovero in ospedale.

4 Follow-up attivo. Non bisogna aspettare che il paziente arrivi spontaneamente in Pronto Soccorso. L'ambulatorio de-

dicato può essere l'ambiente ideale per pianificare un follow-up attivo. Altri elementi utili possono essere: dal semplice contatto telefonico periodico alle diverse modalità di "telemedicina". Esistono sistemi di monitoraggio più o meno sofisticati, non esiste probabilmente una ricetta unica, ma il concetto di follow-up attivo è davvero molto importante per prevenire la fase di destabilizzazione del compenso e la conseguente necessità di ospedalizzazione.

5 Ricerca. Non parlo tanto di ricerca su farmaci o di device parlo di ricerca sui sistemi sanitari, nel senso che si possono proporre dei modelli organizzativi, teoricamente ideali, ma che devono e meritano di essere valutati. Facciamo ricerca molto approfondita su farmaci o device, facciamo molto meno ricerca sull'efficacia di modelli organizzativi nei sistemi sanitari. Quando propongo un ruolo forte degli ambulatori dedicati mi piacerebbe anche proporre una modalità di valutazione controllata sul loro impatto reale sull'outcome e sulla qualità di vita dei pazienti. Lo stesso dicasi per i PDTA. In Italia ne sono stati pubblicati almeno una decina, deliberati dalle Regioni, in genere molto diversi tra loro. Si va da un PDTA di poche pagine a PDTA di oltre centocinquanta pagine. Alcuni illustrano veri e propri modelli organizzativi, altri sono piccole ripetitive linee guida. Quello che ci vorrebbe non è tanto e solo una loro omogeneizzazione, ma una valutazione reale della loro efficacia. Sempre sotto l'ambito della parola chiave ricerca mi piacerebbe, con l'associazione dei pazienti, fare quello che è stato fatto, per esempio, in UK con le pazienti affette da tumore alla mammella. Mi piacerebbe aprire una discussione su quale potrebbe essere l'endpoint ideale secondo i pazienti negli studi sullo scompenso cardiaco. I ricercatori generalmente si soffermano su mortalità e ospedalizzazione, che sono ovviamente molto importanti, ma non è detto che questi siano gli endpoint ideali dal punto di vista di un paziente. Disegnare studi in cui vi siano anche endpoint definiti come prioritari dai pazienti mi sembra estremamente rilevante.

ABBIAMO BISOGNO DI RETI, DI NETWORK E DI CARDIOLOGI

Domenico Gabrielli
Presidente ANMCO
(Associazione Nazionale
Medici Cardiologi
Ospedalieri)

Credo fermamente che quello di cui c'è maggior bisogno sia l'implementazione di una serie di percorsi organici e strutturati. Il problema dello scompenso, quello vero, è che si tratta fondamentalmente di una sindrome che ha vari fenotipi. Il che significa che c'è scompenso e scompenso. Per alcuni pazienti è importante e spesso sufficiente la prevenzione, ma quando parliamo di scompenso avanzato abbiamo bisogno di reti e percorsi di network di alto livello. È importante che maturi una maggiore consapevolezza sulla gravità e sull'impatto epidemiologico della sindrome e che si cerchi di promuovere, oltre alla cultura che come società scientifiche e non solo si sta facendo da tanti anni (con risultati per la verità assai vari) anche e soprattutto la consapevolezza delle persone e la promozione di percorsi di facilitazione sia per quanto riguarda la definizione diagnostica sia per quella prognostica della terapia. Esistono purtroppo elementi che non aiutano come, per esempio, la necessità regolatoria dei piani terapeutici per l'utilizzo di farmaci che ormai dovrebbero invece entrare nella farmacopea ufficiale dello scompenso, senza bisogno di una rimborsabilità dettata dal piano terapeutico. In questo momento storico, inoltre, la cardiologia ospedaliera è alle prese con una difficoltà da non sottovalutare, la scarsità di organici. E questo purtroppo rende molto ma molto difficile traguardare con realismo l'affascinante prospettiva degli am-

bulatori specialistici dedicati, almeno nella quantità e nelle modalità di articolazioni necessarie. Prospettiva ulteriormente peggiorata dalla pandemia che ha sensibilmente dirottato risorse verso altro e quindi l'ambulatorio per lo scompenso, che sembrava essere la soluzione, l'asso nella manica negli anni scorsi, oggi lo è meno perché abbiamo minori possibilità. A meno che non si viri in maniera decisa verso modalità di erogazione dell'assistenza di tipo innovativo come la telemedicina o la telecardiologia che però devono essere, da un punto di vista regolatorio, molto ben strutturate.

Da ultimo, ma non meno importante è il ruolo dell'Università in termini di promozione della specialità e, soprattutto, il ruolo delle istituzioni che dovrebbero agevolare la realizzazione degli ospedali di formazione. Questi consentirebbero maggiori possibilità di accesso alla carriera ospedaliera anche a professionisti non ancora in possesso della specializzazione. Oggi il collo di bottiglia è quello, ed anche se ci fosse la volontà di assumere e di superare le problematiche di organico, lo scarso numero specialisti cardiologi disponibili renderebbe l'impegno vano. Un problema, questo, legato sia alla riduzione del numero di borse rispetto a quella che è stata la programmazione degli anni scorsi, ma legato anche alla perdita di attrattività dell'attività ospedaliera a favore di quella ambulatoriale.

LO SCOMPENSO CARDIACO È UNA MALATTIA CHE SFIDA IL NOSTRO SSN PERCHÈ OBBLIGA A LAVORARE IN RETE. NON È DI NESSUNO, MA È DI TUTTI.

L'ESPERIENZA DELL'AREA METROPOLITANA DI BOLOGNA

Stefano Urbinati
Presidente Italian
Federation of Cardiology
(IFC)

Il mio intervento, alla luce delle argomentazioni di approfondimento di questo Quadro, è sia come Presidente IFC, che come Responsabile del PDTA scompenso dell'area metropolitana di Bologna. La nostra organizzazione ha previsto la messa in rete dei reparti che ricoverano i pazienti con scompenso cardiaco, quindi dal Pronto Soccorso alle cardiologie, dalle medicine interne alle geriatriche. E qui c'è una prima riflessione da fare: i pazienti ricoverati in cardiologia rappresentano circa il 20%, hanno un alto assorbimento di risorse e nel follow-up fanno riferimento soprattutto all'ambulatorio dedicato ospedaliero. Ma c'è un'altra importante quota di pazienti, che rappresenta circa l'80%, che accede ai reparti di medicina interna o geriatria, nei confronti dei quali il cardiologo "gioca di sponda" perché, in questi casi, lo scompenso cardiaco è stato provocato da una comorbidità. Per questa tipologia di pazienti, nella nostra rete bolognese, abbiamo pensato ad un percorso territoriale in cui hanno un ruolo centrale il medico di medicina generale e le Case della Salute, che rappresentano un interessante tentativo di organizzare e coordinare il territorio, dove i medici di medicina generale lavorano a fianco degli specialisti territoriali e degli infermieri dell'assistenza domiciliare, che svolgono un importante ruolo "cerniera" tra pazienti e medici. Durante il follow-up l'ospedale continua ad occuparsi di quel 20% dei pazienti con scompenso cardiaco in cui gli snodi decisionali da affrontare sono cardiologici, mentre il territorio si occupa prevalentemente degli altri pa-

zienti, affetti da importanti comorbidità e spesso anche da problematiche socio-sanitarie, accentuate dal fatto che più del 60% degli anziani vivono da soli. Proprio per questo vorrei sottolineare il ruolo importante, giustamente sottolineato dall'Associazione dei pazienti, svolto dai caregiver. Il Sistema Sanitario Nazionale, da solo, non riesce a farsi carico totalmente della gestione delle cronicità e, sempre di più, avrà bisogno di caregiver che siano messi nella condizione di svolgere al meglio il proprio ruolo, attraverso una formazione adeguata e la disponibilità di tutti gli strumenti - anche telematici - che siano utili nella gestione di un paziente cronico.

Certamente durante la pandemia un importante passo avanti è stato fatto nell'utilizzo di strumenti di telemedicina, come la videochiamata e il telemonitoraggio, ma rimane la consapevolezza che nulla può sostituire il rapporto umano, specialmente quando parliamo di un paziente anziano, cronico, che ha bisogni e sensibilità che vanno al di là della prestazione sanitaria.

Lo scompenso cardiaco, in un certo senso, è una patologia che sfida il SSN, perché, essendo di tutti e di nessuno, rende necessaria una organizzazione in rete e la dotazione di strumenti che permettano una gestione integrata da parte di molti professionisti chiamati a condividere gli obiettivi e a strutturare un percorso di cura condiviso. Questa esigenza, che è diventata ancora più urgente durante la recente pandemia, sarà sicuramente una priorità nell'agenda delle amministrazioni sanitarie dei prossimi anni.

IL RUOLO DEL MEDICO, IL RUOLO DELLA POLITICA

Ciro Indolfi
Presidente SIC
(Società Italiana
di Cardiologia)

Il cardiologo ha un ruolo importante soprattutto nella fase acuta e penso che per lo scompenso dobbiamo affrontare due momenti fondamentali, uno attuale, legato al Covid 19 e uno che sottende la necessità di un'organizzazione generale che è indipendente dall'emergenza pandemica. Il Covid ha rappresentato un evento molto negativo per i pazienti scompensati, basti pensare che più di tre milioni le visite cardiologiche in Italia mancate a causa dell'emergenza. Questi pazienti sono stati un po' abbandonati sia dal medico di medicina generale sia dal cardiologo e quindi dobbiamo in primis risolvere un problema di mancata adeguatezza della gestione di questi pazienti. Lo abbiamo documentato come Società Italiana di Cardiologia, durante la pandemia il 47% dei pazienti scompensati non si è ricoverato per episodi acuti. Questo significa che registreremo sicuramente un aumento della mortalità nei prossimi anni legata a una mancanza di diagnostica e di terapie nei pazienti scompensati. A questo deve aggiungersi il fatto che, per quanto riguarda la cardiologia, in Italia abbiamo un'emergenza

nell'emergenza. I letti Covid sono aumentati ma, in molte Regioni, a scapito di altre specializzazioni, inclusa la cardiologia. Quando finalmente giungeremo in epoca post-Covid, quando tutto sarà finito, si continuerà a parlare di cose che abbiamo sentito e risentito da anni: la gestione sul territorio, il rapporto ospedale-territorio, il ruolo dei medici di medicina generale e il loro rapporto con gli specialisti, la telemedicina... tutte cose che ormai vengono quasi un po' a noia perché in realtà i medici, più che dirlo in continuazione, non hanno nel loro potere la possibilità di incidere profondamente nell'organizzazione. Tutto quello che ci diciamo da anni, e di cui continueremo a parlare, deve essere recepito dalla politica. Nei congressi da anni noi ci raccontiamo queste cose, esistono modelli virtuosi come quelli che abbiamo visto in Emilia Romagna, ci sono i PDTA e sarebbe auspicabile non averne venti diversi, ma sarebbe altrettanto auspicabile che il decisore dimostri davvero sensibilità e lungimiranza in questo ambito.

IL COVID HA RESO EVIDENTI PROBLEMI GIÀ ESISTENTI

Giuseppe Tarantini
Presidente GISE
(Società Italiana
di Cardiologia
Interventistica)

L'emergenza del Covid 19 ha portato alla luce, in un colpo solo, tutte le deficienze strutturali del nostro sistema sanitario. Chiaramente non tutto è stato una sorpresa ma, molto semplicemente, se ci si muove senza riserva funzionale, appare del tutto evidente, la macchina assistenziale si ferma o arranca molto faticosamente. Questo è il discorso di fondo, ma in ogni caso il Covid ci ha fatto capire quali siano veramente i punti deboli. In emergenza il primo problema, molto grande anche per lo scompenso ma non solo, è stato il ritardo nel riconoscimento di aggravamenti clinici e le ripercussioni di questo ritardo. Questa è una cosa che richiede un'urgente risoluzione perché noi al momento, per esemplificare, non abbiamo alcun sistema valido di riconoscimento di un eventuale aggravamento se il paziente ha paura di venire in ospedale. Al di là della chiamata che può fare la segreteria, il "vieni o non vieni per essere ricoverato o meno", non c'è un sistema organizzato di telemedicina o monitoraggio remoto. Quindi chi va verso l'aggravamento, se ha paura di venire in Ospedale, si aggrava e basta. E a volte muore. Il secondo aspetto importante nell'immediato è lo sfioramento delle liste d'attesa. Questo è un problema solo acuito dal Covid ma lo sfioramento, ad eccezione di qualche Regione è una costante del nostro sistema.

Di fondamentale importanza è inoltre il discorso dell'appropriatezza. L'appropriatezza e le richieste diagnostiche strumentali devono essere controllate e appropriate. Non è possibile che tutti possano chiedere tutto. Col Ministero si era discusso addirittura, in fase pandemica, di limitare le richieste strumentali, seguendo le linee guida, solo agli specialisti. Un'ECO, un ECG, una prova da sforzo se non servono a niente perché non sono in linea guida nella stragrande maggioranza dei casi, rappresentano solo un dispendio di risorse. Per restare in tema Covid, e più in particolare nel tema della diffusione e del contagio personale-paziente, credo ci sia ancora molto da fare. Garantire percorsi separati è fondamentale. Faccio un esempio pratico, la cardiologia deve essere Covid free, punto e basta. Non ci può essere alcuna ipotesi di commistione. In un'unità coronarica questo rischio non è possibile correrlo perché basta un caso per alimentare un focolaio che devasta l'intero reparto poiché accoglie tutti pazienti molto vulnerabili. Ecco importanza di veri protocolli ospedalieri che tutelino la sicurezza dei percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti ricoverati in cardiologia. E nel caso di pazienti covid positivi scoperti casualmente poter attivare immediati percorsi di trasferimento di tali pazienti, piani di tracing a sanificazione del reparti.

LO SCOMPENSO CARDIACO IN ITALIA
PROTAGONISTI A CONFRONTO

LA PROSPETTIVA POLITICA



CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E QUALITÀ FORMATIVA NELL'AGENDA DEL DECISORE

Angela Ianaro
XII Commissione
Affari Sociali,
XIV Commissione
Politiche dell'Unione
Europea,
Camera dei Deputati

Lo scompenso cardiaco è una malattia ad alta incidenza e sappiamo che è una delle cause principali di ricovero per una certa fascia d'età della popolazione. Sappiamo altrettanto bene che la nostra è, purtroppo e per fortuna, una società che andrà sempre di più verso l'invecchiamento della popolazione è quindi necessario predisporre non soltanto interventi di natura farmacologica ma anche organizzativa. Le criticità dell'attuale sistema di gestione della patologia non sono soltanto del nostro Paese ma riguardano una comunanza di deficit che si riscontra anche a livello di altri sistemi europei. Noi tendiamo sempre a essere ipercritici verso il nostro sistema sanitario però in generale i sistemi sanitari europei difettano in misura anche maggiore di modelli territoriali di assistenza dedicati alle patologie croniche tra cui, appunto, lo scompenso cardiaco. Per quanto riguarda il nostro Paese in particolare, dobbiamo riconoscere che la

cura e il follow-up risultano altamente frammentati sia tra Regioni sia, a volte, nell'ambito della stessa Regione. Raramente le cure sono basate su Linee Guida e PDTA che, anche se redatti, non risultano poi nella pratica attuati compiutamente. Questo naturalmente può comportare tutte le criticità già citate che poi sfociano in una mancata stabilizzazione dei soggetti affetti da scompenso cardiaco e, di conseguenza, un alto tasso di ospedalizzazione. La gestione dovrebbe invece tendere a un approccio integrato flessibile, personalizzato e comprensivo anche di sostegno psicologico e di riabilitazione. Fornire un'assistenza continua e diretta del paziente con un monitoraggio costante, ed erogare una formazione di elevata qualità ai pazienti e ai caregiver credo debbano essere le direttrici, anche politiche, per dare risposta a un bisogno di salute realmente sottostimato.

GESTIRE IL CAMBIAMENTO, NON SUBIRLO

Sonia Fregolent
XII Commissione
Permanente
Igiene e Sanità,
Senato
della Repubblica

La mia esperienza come Amministratore pubblico, come Sindaco per molti anni ed anche come Assessore, mi porta a ragionare e a parlare dell'importanza del concetto di Rete. Penso non si possa prescindere da tale prospettiva e non si può non partire da un'analisi delle politiche che, negli anni precedenti, hanno sistematicamente tagliato risorse in sanità. Oggi tutti parlano di sanità perché l'emergenza ha colpito duro e da vicino ma prima della pandemia, ciò che era evidente agli occhi di molti, erano i continui tagli che venivano operati nel corso del tempo e i continui sacrifici che sono stati chiesti ai cittadini e agli operatori sanitari. Ho fatto il Sindaco quando Presidente del Consiglio era il Senatore Monti e la scelta di consentire un'assunzione ogni quattro cessazioni del rapporto di lavoro me la ricordo molto bene. Questo per dire che sebbene ora il Covid 19 rappresenti un'emergenza che ha creato molti problemi, se le risorse venissero indirizzate in modo corretto, può diventare anche un'occasione di crescita e di realizzazione di tutta quella rete di supporto al paziente di cui c'è straordinario biso-

gno. Questa prospettiva vale in maniera eccezionale per lo scompenso cardiaco ma è un tema che viene proposto per molteplici tematiche e necessariamente, come politici, dobbiamo metterci nell'ottica di ragionare su un sistema di reti, su una politica che io auspico un pochino più veloce nel gestire i processi piuttosto che subirli, ma anche su una maggiore responsabilizzazione di chi non attua comunque Linee Guida o Pdta che rimangono su carta.

Dobbiamo ringraziare tutte le Associazioni dei pazienti e dei professionisti che sollecitano il decisore, che cercano di essere attori primari nel proporre e presentare problematiche e soluzioni ma vorrei che ad ascoltarli ci fosse una politica che riuscisse a gestire i percorsi e a indirizzare le risorse lavorando anche sulle inefficienze e sulle inapproprietezze. Dobbiamo ammetterlo con onestà intellettuale, esistono nel nostro sistema inefficienze e inapproprietezze e se noi vogliamo aspirare a un sistema sanitario che funzioni bene lungo tutto lo stivale, dobbiamo riconoscerle e trovare dei sistemi molto più efficaci per sanarle.

LO SCOMPENSO CARDIACO IN ITALIA
PROTAGONISTI A CONFRONTO

IL DIBATTITO



UNA DOMANDA, TANTE RISPOSTE, UNA MEDESIMA ASPIRAZIONE

Corrado De Rossi Re
Sics – Quotidiano Sanità

Il National Summit di Sics dedicato allo scompenso cardiaco, grazie agli importanti interlocutori intervenuti, è stato anche una preziosa occasione di dibattito, a tratti anche vivace. Lo spunto per la discussione è venuto da una domanda specifica che abbiamo posto nel corso dell'incontro.

Noi tendiamo a denigrare il nostro sistema sanitario rispetto a quello che succede all'estero ma se c'è un Paese europeo dove sono maturate sensibilità e cultura sull'importanza della sanità del territorio, delle reti, del concetto di presa in carico del paziente, della multidisciplinarietà, secondo voi, questa eterna attesa è un problema di volontà politica, un problema di risorse o è un problema di un Paese, di una classe dirigente anche un po' masochista forse, a cui il Covid ha sbattuto in faccia, anche con violenza, durissime verità?

LA RISPOSTA DEI PAZIENTI

“Certamente dobbiamo essere innanzi tutto fieri del nostro sistema sanitario” ha esordito **Salvatore Di Somma**, Direttore Scientifico AISC “che in un Pronto Soccorso non chiederà mai a nessuno se è assicurato o meno. Men che meno se abbia o no una carta di credito. Questo non significa però che qualcosa di buono, da altri paesi europei non lo si possa anche importare perché qualche esperienza positiva c'è. Penso, per esempio, a chi non fa stare 24 ore una persona in PS e riesce a monitorarla al domicilio, oppure a chi riesce a far assumere agli infermieri un ruolo importante sul territorio. Insomma, per la nostra cultura, per la nostra storia sociale, possiamo certamente fare di meglio ma questo non significa che poi dall'Europa non si possa prendere qualcosa di buono.

La prima risposta che mi viene in mente” ha fatto eco **Maria Rosa di Somma**, Consigliere AISC “è che manca l'organizzazione e mancano anche le risorse perché si spreca in alcuni settori e altri rimangono scoperti. Sono stata molto colpita dall'intervento del dottor Indolfi perché io non pos-

so immaginare, come rappresentante dei pazienti, un futuro di altissima mortalità dei pazienti con scompenso per causa indiretta del Covid. È un qualcosa che sinceramente io non posso concepire. Allora mi chiedo, visto che abbiamo dei sistemi virtuosi di telemedicina che già sono in campo, visto che abbiamo dei sistemi virtuosi di governance del territorio che alleggeriscono il peso sugli ospedali, cos'altro dobbiamo aspettare? Dobbiamo immediatamente mettere in campo tutte le riforme necessarie per ottimizzare il sistema. Non si tratta di fare enormi cose, si tratta soltanto di ottimizzare il sistema che già abbiamo e scendere in campo tutti insieme. Esistono sistemi di telemedicina equiparati a livello economico alla visita fisica, mettiamoli in campo. Abbiamo medici di medicina generale con cui studiare tutto quello che c'è da fare, facciamo. Chiediamo ancora alla Protezione Civile o al Governo le misure più urgenti per poterlo fare, ma non possiamo assolutamente giustificare col Covid una futura altissima mortalità del paziente scompensato e rimanere qui senza fare tutto ciò che è già oggi realizzabile”.

LA RISPOSTA DEI CLINICI

“Quello che francamente è inaccettabile” ha quindi sottolineato **Giuseppe Tarantini**, Presidente GISE “è che ci ritroviamo nella stessa situazione della prima ondata. E questo è solamente, scusate se lo sottolineo, solo un fatto politico. Non mi si dica che il virus è mutato perché il virus è sempre lo stesso. Trovo inaccettabile il nuovo blocco dei ricoveri elettivi in molte regioni. Ma ci rendiamo conto? Pazienti con stenosi aortiche serrate, dove la mortalità è più elevata del cancro metastatizzato, restano a casa. Questo come può essere giustificabile? Oggi si parla quasi con tranquillità di “terza ondata”. Ma in che senso la terza ondata...? Non si doveva essere impreparati per la seconda, trovo assurdo che si paventi, o ci si preoccupi, di esserlo per la terza”.

“Questa pandemia” ha osservato dal canto

suo **Stefano Urbinati**, Presidente IFC “ricorda in un certo senso gli stress test che vengono fatti sulle banche. Il Covid 19 ha certamente stressato il sistema sanitario e ha messo in evidenza delle carenze o meglio, degli elementi di debolezza. Io ne individuo tre molto importanti: **Primo**. Si è dimostrato, forse, che ventuno sistemi sanitari sono troppi. La necessità di un coordinamento nazionale più forte mi sembra che stia emergendo. **Secondo**. La gestione per silos ha mostrato tutti i suoi limiti. La pandemia ha messo insieme tanti specialisti diversi e oggi parliamo dello scompenso cardiaco, una patologia che nessuno di noi, né il cardiologo, né l'internista, né il medico di medicina generale può gestire da solo. La problematica dello scompenso quindi forse va rivista in un'ottica di azione di rete proprio alla luce dell'esperienza di questi mesi. **Terzo**. Non viene detto molto spesso e forse non è politicamente corretto ma mentre gli ospedali fanno parte del Sistema Sanitario Nazionale, una larga parte dell'assistenza sul territorio non fa parte del sistema sanitario o meglio, ne fa parte nella misura in cui viene stabilito da un regime di convenzione. E quando si ha una parte del nostro sistema sanitario che è in convenzione e tutte le volte deve in qualche maniera contrattare i propri obiettivi, questo può naturalmente portare un disallineamento delle azioni in essere. Capisco che questo discorso non sia gradito a molti, ma penso che se tutti facessimo parte dello stesso Sistema Sanitario Nazionale, forse, alcuni processi si consoliderebbero più facilmente”. Secondo **Aldo Maggioni** invece, Direttore centro Studi ANMCO, “Dobbiamo riuscire ad ottenere quello in cui non siamo mai riusciti, perlomeno su tutto il territorio nazionale, e cioè l'interdisciplinarietà tra le varie funzioni e, soprattutto, un certo coordinamento tra quello che succede in ospedale e quello che succede sul territorio, perché è proprio lì che si verifica il distacco più forte nella gestione dei pazienti. Si è parlato di silos, di rimborsi e di telemedicina. La telemedicina è uno strumento molto importante in questo periodo ma se organizzata bene lo potrebbe essere anche (e lo sarà sicuramente)

nel futuro. Ma è innegabile che abbia dei problemi, allo stato attuale, in termini di rimborsabilità che non è così definita in maniera omogenea nelle diverse parti d'Italia. Un altro elemento rilevante in momenti di difficoltà come quello che stiamo vivendo ma anche nei momenti di normalità è rappresentato dall'accesso alle terapie innovative che richiedono molto spesso percorsi molto complessi ai pazienti.

Per superare le modalità di rimborso economico in silos, perché non si prova a fare qualche passo avanti sul tema dei rimborsi per patologie? Se ci fosse non tanto un rimborso per uno specifico farmaco, un rimborso per la specifica ospedalizzazione, uno per una specifica specialistica ma un rimborso per patologia, questa dinamica organizzativa obbligherebbe a una multidisciplinarietà e ad un follow-up più attivo perché diventerebbe di interesse generale per tutte le componenti in gioco. Molto spesso le situazioni in Italia si sono modificate in questo modo. Quando è stata fatta la classificazione dei farmaci nelle classi A B e C, le prescrizioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale di farmaci totalmente inutili sono scomparse. Quando è nata la logica delle tariffe relative ai ricoveri ospedalieri con i DRG, i ricoveri ospedalieri molto prolungati si sono ridotti significativamente. Alle volte, regole di questo tipo fanno davvero cambiare il modo di lavorare. Per le patologie croniche il rimborso per patologia, che non è sicuramente una strada facile ma che deve essere pensata con molta attenzione ed inventiva, potrebbe essere una soluzione o comunque una modalità per “forzare” il sistema a rendere più concreta l'interdisciplinarietà nella gestione dello scompenso e di altre patologie croniche”.

LA RISPOSTA DELLA POLITICA

“La mia opinione è quella di un parlamentare e come tale strettamente personale” ha quindi risposto **Angela Ianaro** (M5S), Deputata della XII Commissione Affari Sociali della Camera “non è quindi l'opinione del Governo né riflette necessariamente tutte le de-



UNA DOMANDA, TANTE RISPOSTE,
UNA MEDESIMA ASPIRAZIONE

cisioni che sono state prese in questi mesi. Non è questo il luogo né il momento per parlare approfonditamente di tutte le inadempienze e i tagli che si sono succeduti nel corso dei decenni per circa 37 miliardi di euro, ma questo è sicuramente uno degli elementi che hanno portato a una progressiva riduzione delle possibilità di dare risposte efficaci. Abbiamo sentito dire il nostro sistema sanitario è bellissimo però ha una serie di fragilità enormi che il Covid, come tutte quante le crisi, ha messo in evidenza. Non volendo non rispondere in maniera specifica, credo che la problematica emersa in quella che, ahimè, viene definita “seconda ondata” è che se noi possiamo essere in grado in una situazione di emergenza di fornire i respiratori o i posti letto, non siamo altrettanto in grado di fornire le persone, gli specialisti e i professionisti di alta formazione in eguale misura. Non intendo soltanto i medici specialisti ma anche, per esempio, gli infermieri specializzati, ossia tutta quella serie di professionisti che in maniera coordinata e altamente competente è necessaria per poter accogliere il numero crescente di malati che si è determinato in seguito a una gestione un po', diciamo, “allegra” della scorsa estate. E spero di cuore che non avvenga lo stesso allorquando si sentono, a proposito della terza ondata, discussioni infinite sull'apertura delle piste da sci. Perché, ribadisco, non è possibile al di là dell'ampliamento del numero dei posti letto o dei respiratori o delle postazioni di terapia intensiva, riuscire a fornire e a colmare quelle enormi lacune di personale altamente specializzato che si sono venute a creare in questi anni e che il governo attuale sta cercando di risolvere. Questa è la mia posizione in risposta alla domanda specifica: in tre mesi quattro mesi cinque mesi non si può formare uno specialista”.

Ha raccolto la provocazione anche **Sonia Fregolent** (Lega), XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, e secondo lei “andrebbe diviso il problema affrontato parlando di obiettivi a lungo termine e obiettivi a breve termine. Nessuno ha la ricetta per-

fetta per il Covid ma che saremmo dovuti arrivare più preparati alla seconda ondata lo si diceva da tempo. Quindi sull'implementazione dei protocolli di monitoraggio con il relativo isolamento, sulle cure domiciliari, sulla formazione dei medici di medicina generale, sulle diverse terapie possibili da utilizzare in modo uniforme siamo arrivati in ritardo. Questo nel breve termine. Capisco la preoccupazione dei pazienti ma deve essere riconosciuta anche l'impegno di chi deve intervenire sul Sistema Sanitario Nazionale non soltanto per il paziente con scompenso cardiaco ma anche per l'oncologico, per il paziente con malattia rara piuttosto che per chi ha altre patologie. Oggi parliamo di scompenso cardiaco ma la presa in carico che dovrebbe caratterizzare il nostro sistema sanitario dovrebbe essere a favore di tutti coloro che hanno una qualche tipologia di patologia per riuscire a dare la miglior risposta possibile. Mi rendo conto che dico anche un qualcosa forse idealistico, però dovremmo tendere a un obiettivo alto per arrivare magari a dare una risposta buona.

Per il lungo termine, il Covid ci ha messo di fronte a delle carenze che derivano sicuramente da problemi precedenti. Ci viene offerta una seconda possibilità per sanare quelle carenze e per riorganizzare -non demolire- il sistema. Credo che la Legge 833 del '78, istitutiva del nostro Servizio Sanitario Nazionale rappresenti veramente un modello normativo che dà un valore aggiunto al sistema Italia. Cominciamo allora, per esempio, col mettere la ricerca al primo posto perché con i suoi risultati diventa occasione di risposta per il paziente, di formazione per i medici, diventa posti di lavoro, attrattività per l'estero. E poi valorizzazione del personale, percorsi personalizzati, lo dicevamo prima, con una rete di supporto territoriale e, ancora valorizzazione dei corretti stili di vita e della prevenzione come uno dei punti cardine del nostro sistema. Lo avevamo intuito nel 1978, è giusto ed etico continuare a lavorare per questo”.

30

LO SCOMPENSO CARDIACO IN ITALIA

PROTAGONISTI A CONFRONTO



**Quotidiano
Sanità**
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Con il supporto non condizionante
di AstraZeneca

