

La rete per lo Scompensamento Cardiaco in Italia cinque anni dopo la pubblicazione della Consensus Conference “Il percorso assistenziale del paziente con Scompensamento Cardiaco”: a che punto siamo?

The Italian Network for Heart Failure five years after the publication of the Italian “Consensus conference on the management of heart failure”

Angela Beatrice Scardovi¹, Renata De Maria², Stefania De Feo³, Maria Ausilia Petruzzi⁴, Alberto Camerini⁵, Manlio Cipriani⁶, Giuseppe Di Tano⁷, Mauro Feola⁸, Attilio Iacovoni⁹, Giovanni Pulignano¹⁰, Giulia Russo¹¹, Gianfranco Misuraca¹².
Area Scompensamento Cardiaco - ANMCO

In ricordo del dott. Gianni Gaschino che per primo si era occupato di questo sondaggio.

ABSTRACT: *Italian Network for Heart Failure in Italy five years later the publication of “Consensus conference on the management of heart failure”. A.B. Scardovi, R. De Maria, S. De Feo, M.A. Petruzzi, A. Camerini, M. Cipriani, G. Di Tano, M. Feola, A. Iacovoni, G. Pulignano, G. Russo, G. Misuraca. Area Scompensamento Cardiaco - ANMCO.*

In the year 2006 the Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO) promoted a Consensus Conference among professional Scientific Societies in order to re-define the role and core responsibilities of each health professionals involved in heart failure management in a novel

integrated network. Five years later, a questionnaire has been proposed to each Italian Regional President of the Association, in order to assess the implementation of the proposed management strategies in the different clinical scenarios of the Italian Regions. Although the Document utilization is not homogeneous through Italy, it is still considered a valuable tool of work.

Keywords: heart failure, heart failure management, integrated network, Consensus Conference.

Monaldi Arch Chest Dis 2012; 78: 40-48

¹ Cardiologia, Ospedale S. Spirito, Roma.

² Istituto Fisiologia Clinica, Ospedale Niguarda, Milano.

³ Cardiologia, Casa di Cura Dr. Pedersoli, Peschiera del Garda.

⁴ Cardiologia, Azienda Ospedaliera San Carlo, Potenza.

⁵ Cardiologia, Ospedale Padre Antero Micone, Genova, Sestri Ponente.

⁶ Cardiologia, Ospedale Niguarda, Milano.

⁷ Cardiologia, Istituti Ospitalieri, Cremona.

⁸ Cardiologia, Ospedale Maggiore SS. Trinità, Fossano, Cuneo.

⁹ Cardiologia, Ospedali Riuniti, Bergamo.

¹⁰ Cardiologia, Ospedale San Camillo, Roma.

¹¹ Centro Cardiovascolare, Trieste.

¹² Cardiologia, Ospedale dell'Annunziata, Cosenza.

Corresponding author: Dr Angela Beatrice Scardovi; UOC Cardiologia Ospedale S. Spirito; Lungotevere in Sassia 3; I-00143 Roma, Italy; Tel. 0668352264/3388479212; E-mail address: ab.scardovi@libero.it

Introduzione

Lo scompenso cardiaco (SC) è una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, la qualità della vita e l'assorbimento di risorse nei paesi economicamente avanzati.

Il suo peso epidemiologico si esprime con pochi e ormai noti numeri: prevalenza 0,5-1,5% nella

popolazione generale, progressivamente crescente con l'aumentare dell'età fino al 5-10% oltre i 70 anni; mortalità compresa fra il 5% ed il 60% annuo in relazione ai diversi gradi di compromissione funzionale; tasso di ospedalizzazione circa del 5% all'anno nei pazienti al di sopra i 65 anni [1-5]. I costi per la cura dei pazienti con SC sono elevati e rappresentano nei paesi occidentali fino al 2%

della spesa sanitaria nazionale, due terzi per ospedalizzazioni. Lo SC, infine, è una sindrome gravata da comorbidità [4] spesso plurime, che richiedono l'adozione di percorsi di cura polispecialistici e in alcuni casi complessi. Nonostante tutto questo, l'assistenza è generalmente discontinua e frammentaria.

Analogamente alle sindromi coronariche acute, la "terapia organizzativa" dello SC, che le recenti linee guida [3] riportano con evidenza IA, sembra essere allo stato attuale delle conoscenze fisiopatologiche e della disponibilità di trattamenti farmacologici e interventistici la strada da percorrere per migliorare ulteriormente la prognosi e per contenere i costi complessivi di gestione.

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), attraverso l'Area Scompensamento Cardiaco e l'Area Management e Qualità, ha promosso nel 2005 una Conferenza di Consenso fra le Società Scientifiche coinvolte secondo i diversi profili nella cura dello SC, con rappresentanti delle istituzioni (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzie Regionali e Aziende Sanitarie Locali), al fine di analizzare gli aspetti della gestione dello SC nelle diverse aree del Paese e di proporre 9 percorsi di cura che, nel rispetto delle specificità locali, portassero alla realizzazione di una gestione integrata, attraverso la collaborazione ospedale-territorio in tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione alla cura dei pazienti in fase avanzata.

Dai lavori della Conferenza è scaturito un documento, pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia nel 2006 [6], che è stato proposto alla comunità scientifica e alle autorità sanitarie come strumento di riferimento per allestire reti integrate di assistenza ai pazienti affetti da SC in ambito ospedaliero, territoriale ed integrato.

Successivamente è stata proposta l'istituzione di gruppi di lavoro intersocietari regionali che, sulla base del documento generale, elaborassero specifici piani di attuazione dei contenuti del Documento di Consenso da offrire alle autorità sanitarie locali e realizzassero eventi formativi finalizzati alla diffusione della stessa. L'obiettivo del percorso organizzativo e culturale era la definizione di percorsi diagnostici e terapeutici all'interno dell'ospedale, sul territorio e tra ospedale e territorio senza soluzione di continuità.

A cinque anni dalla pubblicazione del documento l'Area Scompensamento dell'ANMCO ha deciso di valutare l'impatto che l'attività svolta negli anni precedenti aveva avuto sull'organizzazione a livello locale; ha pertanto inviato ai presidenti regionali ANMCO un questionario finalizzato a valutare nelle singole regioni (Fig. 1):

1. l'esistenza e gli aspetti organizzativi di una rete regionale o di reti locali per lo SC;
2. l'eventuale formalizzazione della rete attraverso una deliberazione regionale;
3. il coinvolgimento dell'ANMCO come consulente tecnico nella organizzazione della rete;
4. l'impatto del Documento sul modello di rete;
5. l'attività formativa su aspetti organizzativi delle cure dello SC;
6. la presenza di specifiche e originali attività finalizzate alla cura dello SC.

Parte 1

Il Questionario

- Nella tua Regione esiste un modello di Rete integrata dei Servizi Sanitari con specifico riferimento all'assistenza dei pazienti con scompenso cardiaco?
- Se sì l'organizzazione è stata oggetto di Delibera Regionale?
- Da quando?
- Vi è stato un coinvolgimento delle Società Scientifiche e in particolare è stata interpellata l'ANMCO?
- Il Documento intersocietario "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco" (GIC, 2006) è stato considerato come base per l'organizzazione della Rete?
- Se non esistono iniziative a livello regionale sei a conoscenza come Presidente Regionale ANMCO di realtà organizzative locali in Rete che riflettano il Documento di Consenso? Su che base?
- Dopo la pubblicazione del Documento intersocietario sono state organizzate nella tua Regione iniziative volte ad implementarne l'applicazione (riunioni, convegni, eventi formativi, ecc.)?

Parte 2

- Nella tua Regione il Documento intersocietario è stato condiviso con le Società di Medicina Generale?
- Quali sono nella tua opinione gli ostacoli ad una implementazione del percorso proposto dal Documento intersocietario? (scarso coinvolgimento dei livelli istituzionali, collaborazione a livello intraospedaliero, carenza di strutture specialistiche territoriali, integrazione con i Medici di Medicina Generale, carente struttura socioassistenziale, necessità di maggiori risorse economiche)

Qual è la tua impressione sull'impatto reale o potenziale che il Documento potrebbe avere nella tua Regione?

Figura 1. - Questionario diffuso tra i presidenti regionali ANMCO ad aprile 2011.

Il questionario è stato inviato nell'aprile 2011 attraverso la segreteria delle Aree, che ha poi provveduto alla raccolta dei questionari compilati. Tutti i presidenti regionali (Fig. 2) hanno risposto ai questionari. I risultati sono stati analizzati con una metodologia di tipo descrittivo. Alla fine di settembre una prima analisi delle risposte è stata sottoposta ai presidenti regionali ai quali è stato chiesto di inviare eventuali osservazioni entro il 7 ottobre 2011. A questa data le risposte sono state considerate definitive.

Risultati

Globalmente una rete regionale è attiva in otto regioni italiane (40%), mentre in dodici (60%) esistono organizzazioni di rete locale. L'ANMCO è stata interpellata come consulente e il Documento di Consenso è stato utilizzato in dodici regioni (60%). In diciassette regioni (85%) sono stati organizzati eventi culturali basati sul Documento di Consenso ma la condivisione con le Società di Medicina Generale è avvenuta solamente in tredici (65%). In undici regioni (55%) sono stati rilevati ostacoli a livello istituzionale per la realizzazione delle reti.

Dalle risposte è possibile delineare tre diversi profili di avanzamento di una rete assistenziale che analizzeremo per ogni singola regione. Le informazioni riportate per le singole regioni riflettono il grado di dettaglio contenuto nelle risposte dei diversi presidenti ai quesiti proposti.

1) *Formalizzazione istituzionale di un'ipotesi di rete attraverso delibera o decreto della Regione*

Basilicata: nel marzo 2007 è stata istituita con delibera regionale la rete denominata "Rete integrata Ospedale-Territorio per la gestione dello SC" che è coordinata, per incarico del Dipartimento Salute, da un rappresentante dell'ANMCO. È inoltre attivo un Gruppo di lavoro e coordinamento composto da specialisti dedicati, funzionari regionali, Medici di Medicina Generale (MMG). Presso le Aziende Sanitarie della regione sono insediati comitati tecnici composti secondo i criteri previsti dalla Consensus. A Matera e a Potenza sono attive due Unità Operative semplici dipartimentali per lo SC e vi sono sul territorio altri quattro ambulatori dedicati. Tutte queste strutture operano in collaborazione con i MMG, con i medici del territorio e delle cure domiciliari secondo un protocollo attuativo che recepisce i contenuti del Documento di Consenso. Si può quindi affermare che il concetto della rete per lo SC in questa regione è una realtà già operativa, i percorsi costituiscono obiettivo strategico per i Direttori Generali delle Aziende e sono lo scopo prioritario del nuovo Piano Sanitario Regionale, la cui approvazione è prevista entro il 2011. Il Documento di Consenso, rielaborato per adattarlo alla realtà regionale è stato utilizzato per la realizzazione della rete regionale e i suoi contenuti sono stati di recente proposti per la costruzione di una rete provinciale. A partire dal 2005 in varie sedi della regione sono stati



Figura 2. - Elenco nominativi presidenti regionali ANMCO.

organizzati corsi di aggiornamento specifici per MMG incentrati sui modelli organizzativi proposti dal Documento. Nel settembre 2007, dopo la pubblicazione della legge regionale, si è tenuto il convegno congiunto Regione Basilicata/ANMCO Nazionale in cui è stato presentato dettagliatamente il programma di rete regionale. Nel 2008-2009 presso l'Ospedale di Potenza, sempre con il sostegno dell'ANMCO, si è tenuto un corso di formazione per i cardiologi ospedalieri della regione che ha notevolmente contribuito a rafforzare la collaborazione interospedaliera. L'ostacolo maggiore a una piena realizzazione della rete è la resistenza dei MMG a modificare consolidate modalità di lavoro. Al fine di superare questi ostacoli la regione ha attivato un progetto denominato LUMIR (fascicolo sanitario elettronico del cittadino, in partnership con il CNR) che ha tra i suoi obiettivi l'integrazione informatica fra strutture ospedaliere e territoriali. La rete per lo scompenso è stata identificata dalla regione per la sperimentazione del progetto.

Calabria: nel luglio 2010 è stata emanata una delibera regionale per la realizzazione di una rete, per la cui attuazione sono stati istituiti comitati tecnici aziendali ma, allo stato attuale, la rete non è attiva. L'ANMCO è stata interpellata come consulente tecnico e il Documento di Consenso è stato considerato come base per realizzazione della rete a livello regionale e territoriale. Il Documento intersocietario è stato già condiviso con le Società di Medicina Generale e a partire dal 2006 sono stati organizzati eventi formativi sui suoi contenuti. Gli ostacoli maggiori alla realizzazione di una rete per lo SC vengono attribuiti alla difficoltà di rapporto con le istituzioni sanitarie regionali per la instabilità che ha caratterizzato la politica della regione negli scorsi anni.

Liguria: esiste una rete cardiologica ospedaliera che è stata oggetto di delibera regionale, ma non c'è stato coinvolgimento dell'ANMCO come interlocutore tecnico istituzionale. Il Documento di Consenso è stato invece considerato come base per l'organizzazione della rete a livello territoriale ed è stato condiviso con le Società di Medicina Generale anche tramite eventi formativi.

Lombardia: nel marzo 2010 la Regione Lombardia ha approvato un Decreto denominato "Percorsi e continuità assistenziale nel paziente con scompenso cardiaco dopo evento acuto" sull'organizzazione della continuità assistenziale nel paziente con SC che recepisce i contenuti elaborati nell'ambito della "Sottocommissione cardiopatico cronico della Commissione Cardiocerebrovascolare", all'interno della quale figurano diverse Società Scientifiche tra cui IACPR-GICR, ANMCO, FADOI e SIMG. Il Decreto, che costituisce il supporto tecnico-organizzativo indirizzato alle Aziende Ospedaliere e alle ASL lombarde, richiama gli elementi fondanti del Documento di Consenso ed altri documenti precedentemente elaborati dalla varie Commissioni Regionali [7].

Il Documento di Consenso, condiviso con le Società di Medicina Generale, è stato considerato il riferimento per l'organizzazione della rete a livello territoriale (ASL e Area Vasta). L'ANMCO è stata coinvolta come consulente e i contenuti della Consensus sono stati oggetto di eventi formativi.

Gli ostacoli principali alla piena realizzazione della rete vengono individuati a livello intraospedaliero (scarsa collaborazione tra i reparti), nel rapporto con i MMG e per la carenza di strutture socio-assistenziali territoriali. In alcune realtà territoriali, l'integrazione assistenziale è più avanzata, come nel caso dell'area dell'ASL Monza-Brianza dove, dopo avere già nel 2006 definito i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per lo SC, è stato di recente implementato un software su web per la gestione integrata e informatizzata dei dati clinici dei pazienti con scompenso tra MMG e medici specialisti.

Piemonte - Valle d'Aosta: esiste una rete per lo SC con delibera regionale dal 2006. L'ANMCO è stata considerata come consulente tecnico per la redazione della delibera regionale e il Documento di Consenso è stato condiviso con le Società di Medicina Generale ed è stato considerato come base per la realizzazione della rete sia a livello regionale che territoriale. Sono stati organizzati numerosi eventi formativi per la diffusione dei contenuti e per l'implementazione dei percorsi. Gli ostacoli alla piena attuazione del progetto vengono individuati nell'insufficiente collaborazione intraospedaliera tra i reparti.

2) *Coinvolgimento istituzionale a livello progettuale senza formalizzazione*

Abruzzo: esiste una rete territoriale che utilizza l'ospedale di zona come riferimento, ma senza delibera regionale. L'ANMCO non è stata interpellata per la realizzazione delle reti, né si è fatto riferimento al Documento di Consenso. D'altra parte l'ANMCO regionale ha organizzato un seminario specifico sulle linee guida per lo scompenso e sul Documento stesso.

La mancata realizzazione della rete viene attribuita innanzitutto a scarso coinvolgimento e sensibilità istituzionale, dovuto in parte a instabilità politica e a mancanza di risorse economiche, inadeguata collaborazione all'interno degli ospedali, carenza di strutture specialistiche territoriali, scarsa integrazione con i MMG, carente struttura socio-assistenziale.

P.A. Bolzano: non è attiva una rete per lo SC, ma è attualmente al vaglio della Direzione della Azienda Provinciale una proposta di progetto di rete provinciale per l'assistenza dei pazienti con SC, sulla base della Consensus Conference. Sono stati organizzati specifici eventi formativi sui contenuti ed il Documento intersocietario è stato condiviso con le Società di Medicina Generale. Tra gli ostacoli che impediscono la realizzazione concreta di una rete figurano la carenza di strutture specialistiche territoriali, la scarsa integrazione con i MMG e la insufficiente disponibilità di risorse economiche.

Emilia Romagna: esiste una rete per lo scompenso ma senza delibera regionale. È frutto di un documento, approvato dalla Commissione Cardiologica Regionale, diffuso a tutte le Direzioni Sanitarie dall'Agenzia Sanitaria Regionale e generato dal lavoro della Commissione Regionale sullo "scompenso avanzato" del 2007. L'ANMCO non è stata interpellata formalmente per delineare la rete, tuttavia diversi membri della Commissione Regionale

dello scompenso avanzato appartengono all'ANMCO. La Consensus Conference non è stata considerata direttamente come base per il documento ma da essa sono stati tratti gli spunti generali. Non c'è stata condivisione del Documento di Consenso con le Società di Medicina Generale anche se sono stati realizzati nella regione eventi formativi basati sui suoi contenuti. Tra gli ostacoli incontrati nella realizzazione della rete vengono riportati: la carenza di strutture specialistiche territoriali, la scarsa integrazione con i MMG, la necessità di maggiori risorse economiche.

Friuli Venezia Giulia: esiste una rete per lo scompenso sia a livello regionale che territoriale, senza delibera regionale. L'ANMCO è stata coinvolta come consulente tecnico per la realizzazione della rete e il Documento di Consenso è stato considerato come base per la sua organizzazione a livello territoriale condividendolo con le Società di Medicina Generale anche tramite eventi formativi specifici.

Lazio: non esiste una rete regionale per lo scompenso cardiaco. L'ANMCO è stata ampiamente interpellata dalle autorità istituzionali e il Documento rappresenta la base dei PDTA fin ora realizzati. Nel luglio 2011 si è svolta a Roma, presso la sede dell'ASP, una riunione preliminare per discutere il Documento "Proposta sulla organizzazione all'assistenza allo scompenso cardiaco" ispirato al Documento di Consenso e per costituire un board laziale di esperti al fine di costruire la rete. Vi è stata una buona condivisione con le società di Medicina Generale e il documento prodotto nel Lazio rappresenterà la base della rete che si sta delineando. Finora l'ostacolo principale all'implementazione dei percorsi proposti dalla Consensus è stata la carenza d'interesse sull'argomento a livello istituzionale.

Nella regione sono stati organizzati numerosi eventi formativi destinati sia ai MMG che agli specialisti territoriali e ospedalieri.

Puglia: è in fase di attivazione un progetto di rete ospedaliera e territoriale, ma senza delibera regionale. L'ANMCO è stata interpellata come interlocutore istituzionale ed il Documento di Consenso, condiviso con le Società di Medicina Generale, rappresenta il punto di riferimento per la realizzazione della rete. Nel corso degli ultimi due anni sono stati organizzati eventi formativi con l'obiettivo di promuoverne l'implementazione.

P.A. Trento: esiste un modello di rete integrata per lo SC a livello territoriale che non è stato ancora oggetto di delibera regionale; per delinearla è stata interpellata l'ANMCO ed il Documento di Consenso è stato considerato come base per la rete. Nel territorio del Trentino del Sud è attiva una collaborazione tra Medicina Interna, Cardiologia e Medicina Generale che ha migliorato l'assetto organizzativo e attuato PDTA di gestione integrata dello SC cronico. Sono stati organizzati diversi eventi formativi e il Documento intersocietario è stato condiviso con le Società di Medicina Generale.

3) *Organizzazione ancora da creare*

Campania: non esiste una rete regionale, l'ANMCO non è stata interpellata dalle autorità competenti e il Documento di Consenso, non è stato

considerato per la progettazione di una rete regionale. Sono segnalate iniziative locali quali il progetto provinciale denominato ANMCO CAMPANIA CA.SCO sui percorsi assistenziali dello SC. Sono stati organizzati eventi formativi sui contenuti del Documento di Consenso. La mancata realizzazione della rete viene imputata a scarso coinvolgimento istituzionale, alla fragile struttura socio-assistenziale e all'insufficiente disponibilità di risorse economiche.

Marche: non è attiva una rete per lo scompenso e a tutt'oggi non sono segnalate iniziative locali. L'ANMCO è stata interpellata per un progetto di rete per lo scompenso. Il Documento intersocietario è stato condiviso con le Società di Medicina Generale e sono stati organizzati numerosi eventi formativi che non hanno avuto ricaduta pratica. Gli ostacoli principali allo stato attuale nella regione vengono riferiti a scarso coinvolgimento delle istituzioni, difficoltà d'integrazione con i MMG e dalla carenza di risorse economiche.

Molise: non esiste una rete regionale. L'ANMCO non è stata ancora interpellata dalle autorità competenti né il Documento è stato considerato per la realizzazione della rete. Non sono stati organizzati eventi finalizzati alla diffusione del Documento di Consenso e non vi è stata condivisione con le Società di Medicina Generale.

Tra gli ostacoli che hanno provocato fin ora la mancata attuazione della rete vengono riportati lo scarso coinvolgimento istituzionale, la necessità di maggiori risorse economiche, l'attuale fase di riorganizzazione del sistema sanitario della regione che ha portato al commissariamento per la attuazione di un piano di rientro.

Sardegna: non esiste una rete regionale per lo scompenso né risultano realtà organizzative locali. L'ANMCO non è stata interpellata dalle autorità competenti, il Documento di Consenso non è stato ancora considerato per la progettazione di una rete né è stato condiviso con le Società di Medicina Generale. Sono stati realizzati, in ambito locale, eventi formativi per la diffusione del Documento. Scarso coinvolgimento delle autorità istituzionali, insufficiente integrazione con i MMG e mancanza di risorse economiche specifiche sono alla base della mancata attuazione della rete.

Sicilia: la rete regionale non è attiva, né sono segnalate realtà organizzative locali. L'ANMCO è stata interpellata come consulente per un progetto di rete e il Documento è stato considerato come riferimento per la sua realizzazione. Sono stati organizzati eventi formativi volti a implementarne l'applicazione e finalizzati a dividerlo con le Società di Medicina Generale. Fino ad ora gli ostacoli principali sono lo scarso coinvolgimento istituzionale e la carente struttura socio-assistenziale.

Toscana: non esiste una rete regionale per lo scompenso. L'ANMCO non è stata consultata dalle autorità competenti. Il Documento di Consenso non è, allo stato attuale, il riferimento per la realizzazione della rete né è stato condiviso con le Società di Medicina Generale. Sono tuttavia numerose le iniziative a carattere locale che riflettono i contenuti della Consensus Conference. Tra le cause vi è lo scarso coinvolgimento dei livelli istituzionali.

Umbria: non esiste una rete regionale per lo scompenso. L'ANMCO è stata interpellata e il Documento è stato considerato come base di una eventuale futura organizzazione. Sono diffuse nella regione iniziative in ambito locale. Presso l'ASL n° 4 (TR), esiste un ambulatorio dedicato integrato con il territorio; a Spoleto vi è un'esperienza di assistenza domiciliare per pazienti con SC; presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia c'è un ambulatorio dedicato con follow-up telefonico a gestione infermieristica condiviso con i MMG. Gli eventi formativi finalizzati alla diffusione del Documento sono numerosi. Il frequente ricambio di interlocutori regionali è ritenuto l'ostacolo alla realizzazione delle rete.

Veneto: non esiste ancora la rete integrata per lo scompenso, l'ANMCO non è stata interpellata dalle autorità competenti e non risultano realtà organizzative per iniziative locali. Il Documento non è stato considerato per la progettazione della rete regionale, non sono stati organizzati eventi sui suoi contenuti né è stato condiviso con la Medicina Generale. È stato infatti ritenuto prolisso e complesso, scarsamente fruibile dagli addetti ai lavori e di conseguenza il suo impatto è stato minimo sull'organizzazione assistenziale della regione.

Le ospedalizzazioni per scompenso in Italia 2004-2010

A completamento di questa indagine abbiamo analizzato i dati pubblici reperibili sul sito del Ministero della salute [8], confrontando i ricoveri per SC nel 2004, anno d'inizio del progetto Consensus, con i più recenti dai disponibili, relativi al 2010, suddivisi per Regione.

In un generale contesto di calo delle ospedalizzazioni con una riduzione percentuale media del 18%, si è osservato un incremento medio dei ricoveri per SC del 7%, che hanno documentato un decremento solo in Toscana (-20%) e Friuli Venezia Giulia (-13%) (Figura 3).

Dai dati del Piano Nazionale Esiti [9] abbiamo posto a confronto l'andamento annuale delle ospedalizzazioni per SC e della mortalità a 30 giorni dopo un ricovero in 4 ASL che avevano partecipato nel 2005 all'elaborazione dei dati di riferimento per il Documento di Consenso (Figure 4 e 5).

Commenti

I dati che abbiamo raccolto, con i limiti che derivano dall'essere stati ottenuti attraverso un questionario su aspetti organiz-

zativi con risposte in parte aperte, forniscono un'utile "fotografia" sull'organizzazione della cura allo SC nelle varie realtà italiane e spunti per proseguire l'attività dell'ANMCO negli anni futuri.

La prima impressione è la diffusa inadeguatezza dell'attuale organizzazione assistenziale per una patologia cronica e complessa come lo SC e la necessità di attuare modelli di gestione secondo reti locali e regionali. Le difficoltà nell'organizzazione vengono attribuiti nella maggior parte di casi a insufficiente interesse delle istituzioni, a difficoltà di integrazione tra ospedale e medicina generale e a carenza di risorse economiche.

Dalle risposte emergono alcuni aspetti che giustificano lo sforzo compiuto in questi anni dall'ANMCO e dalle altre società scientifiche e che rafforzano le motivazioni a continuare a percorrere questa strada. In particolare l'ANMCO emerge come interlocutore tecnico per la maggior parte delle istituzioni regionali e il Documento di Consenso è in linea di massima un modello organizzativo ritenuto utile per la costruzione delle reti assistenziali.



Figura 3. - Variazione percentuale delle ospedalizzazioni totali e dei ricoveri per scompenso cardiaco fra il 2004 e il 2010 (Fonte Ministero della Salute).

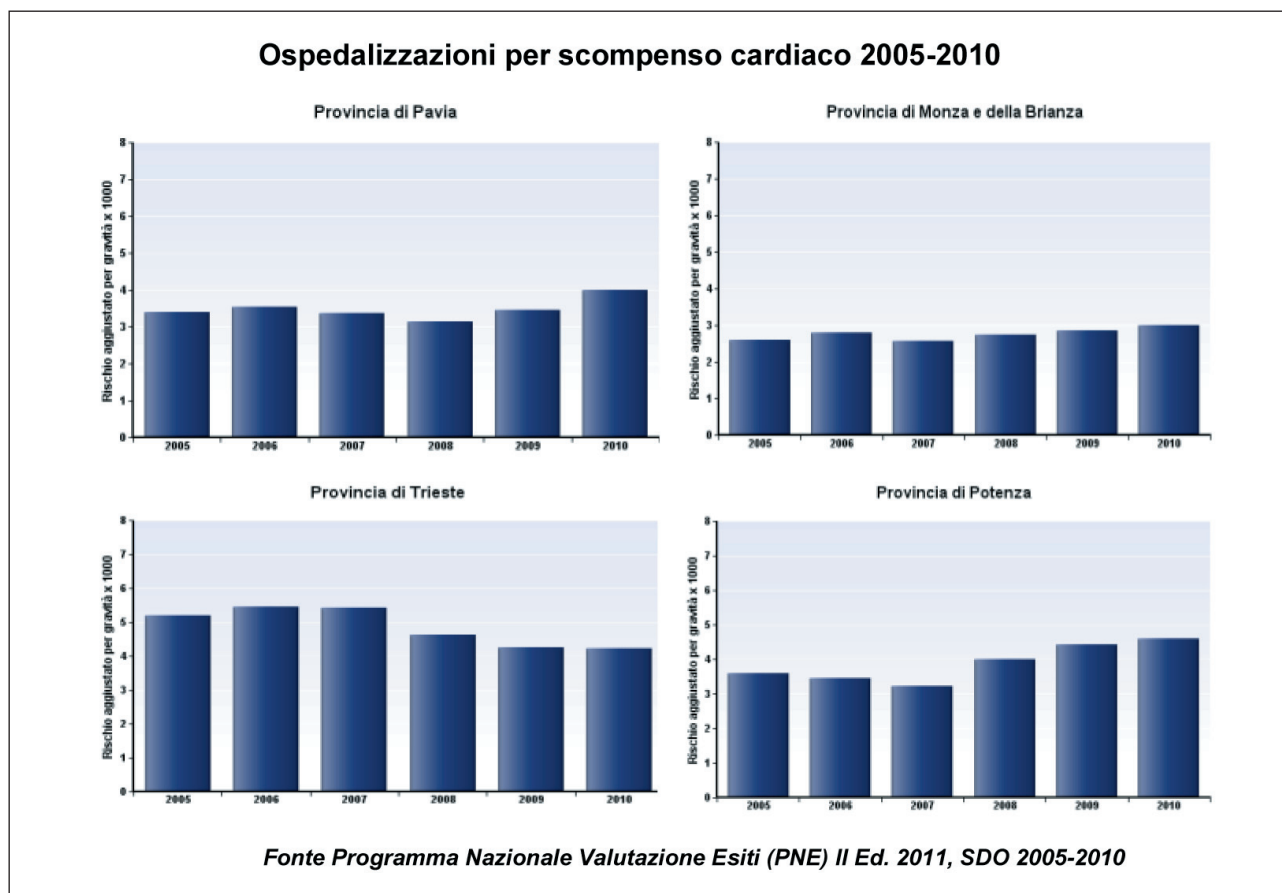


Figura 4. - Andamento temporale 2005-2010 delle ospedalizzazioni per scompenso ASL Pavia, Monza Brianza, Trieste e Potenza (Fonte Piano Nazionale Esiti).

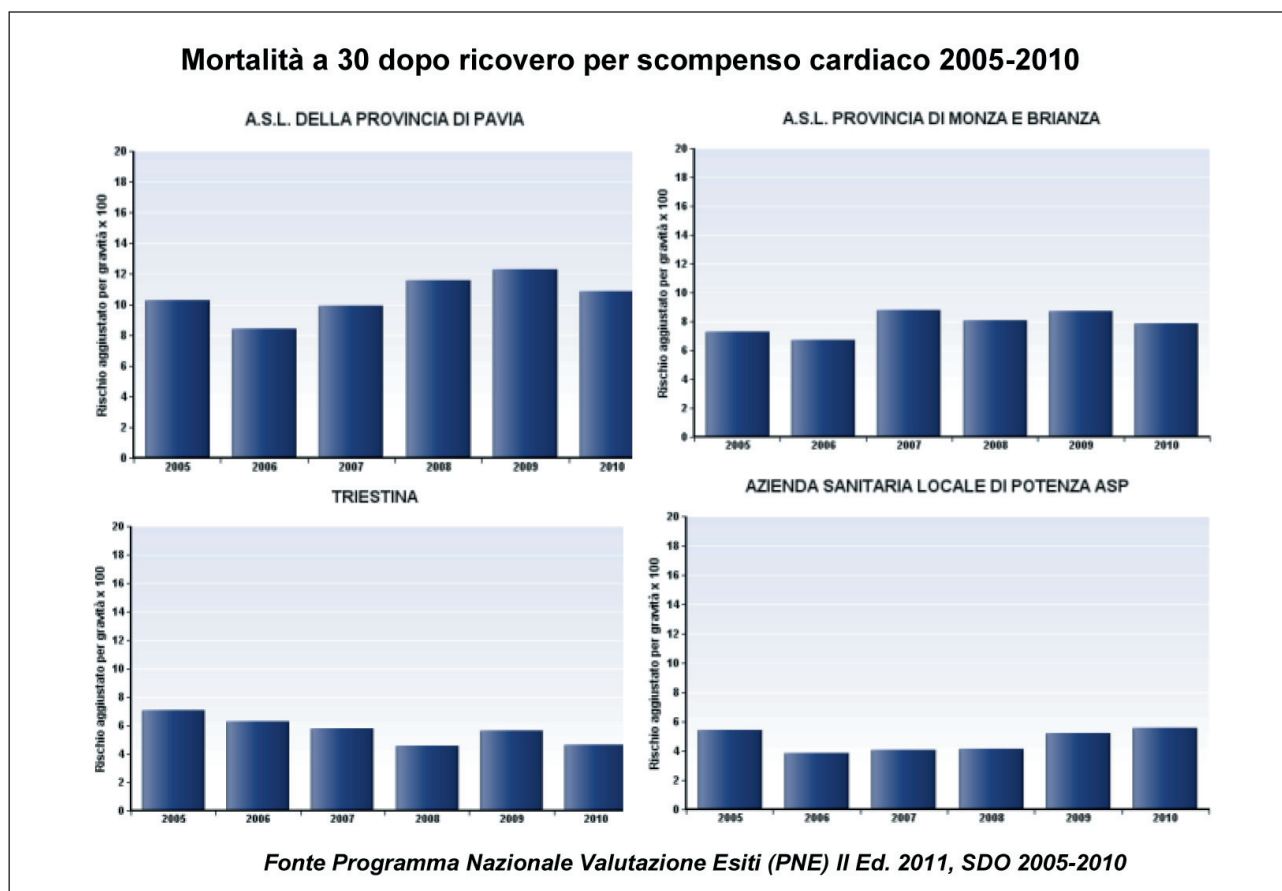


Figura 5. - Andamento temporale 2005-2010 della mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per scompenso cardiaco ASL Pavia, Monza Brianza, Trieste e Potenza (Fonte Piano Nazionale Esiti).

Lo stato di avanzamento del progetto di rete individua situazioni organizzative estremamente differenziate e che sono riassunte nella Tabella 1. In alcune regioni del nord ed in misura minore nel sud esistono reti locali e regionali, in alcuni casi formalmente deliberate dalle autorità preposte; all'opposto nelle regioni del centro le reti per lo scompenso risultano sostanzialmente assenti, anche se ci sono iniziative in corso per attivarle.

La nostra indagine va necessariamente inquadrata nel contesto dei dati disponibili dalle fonti istituzionali, che rappresentano il riferimento per attività di "benchmarking". È ad oggi evidente che le

ospedalizzazioni per SC sono in controtendenza rispetto alla riduzione dei ricoveri complessivi, chiara indicazione sulla attualità del percorso indicato dal Documento di Consenso. I trend documentati dall'analisi standardizzata del Piano Nazionale Esiti per la aree che più attivamente avevano contribuito alla formulazione del percorso sembrano riflettere dopo iniziali miglioramenti, soprattutto dove il livello istituzionale era intervenuto in maniera formalizzata (vedi Basilicata, ASL Monza e Brianza) un nuovo incremento delle ospedalizzazioni che potrebbe riflettere un calo di attenzione alla problematica o reali carenze di investimento duraturo sulla rete.

Tabella 1. - Punti principali emersi dal questionario

Regioni	Rete	Organizzazione a livello locale	ANMCO consulente	Utilizzo del Documento di Consenso	Eventi culturali basati sul Documento di Consenso	Condivisione del Documento con le Società di Medicina Generale	Ostacoli a livello Istituzionale
Abruzzo	NO	SI senza delibera reg	NO	NO	SI	NO	SI
Basilicata	SI	SI da marzo 2006, con delibera regionale	SI	SI	SI	SI	NO
P.A Bolzano	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Calabria	SI (non ha attività)	SI delibera regionale del luglio 2010	SI	SI	SI	SI	SI
Campania	NO	SI senza delibera reg	NO	NO	SI	NO	SI
Emilia Romagna	SI	NO senza delibera reg	NO	NO	SI	NO	NO
Friuli Venezia Giulia	SI	SI senza delibera reg	SI	SI	SI	SI	NO
Lazio	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Liguria	SI	NO senza delibera reg	NO	SI	SI	SI	SI
Lombardia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Marche	NO	NO senza delibera reg	SI	NO	SI	SI	SI
Molise	NO	NO senza delibera reg	NO	NO	NO	NO	SI
Piemonte - Valle d'Aosta	SI	SI Delibera del 2006	SI	SI	SI	SI	NO
Puglia	SI (non ha attività)	NO senza delibera reg	SI	SI	SI	SI	NO
Sardegna	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
Sicilia	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Toscana	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI
P.A. Trento	NO	SI senza delibera reg	SI	SI	SI	SI	NO
Umbria	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Veneto	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Conclusioni

Sono ancora poche le regioni in cui sono stati messi in atto modelli di rete integrata per lo SC, con esperienze decisamente inferiori rispetto alle reti per la cardiopatia ischemica acuta. Le complesse problematiche della gestione della cronicità e della relazione ospedale-territorio sono verosimilmente alla base di questo ritardo. Molte regioni si stanno comunque organizzando con progetti ormai avanzati e vicini alla realizzazione.

Riassumendo i punti principali possiamo affermare che:

- 1) Le esperienze di condivisione culturale con i MMG e in generale di discussione concettuale sono più diffuse della effettiva realizzazione delle reti e questo significa che siamo ancora nella fase di preparazione del terreno.
- 2) A distanza di 5 anni il Documento di Consenso è considerato in genere attuale e utile base concettuale anche se in alcune realtà se ne è auspicato un aggiornamento e il rimodellamento in una forma che sia di più semplice e rapida consultazione.
- 3) Come si evince dalle risposte dei questionari la mancata realizzazione delle reti nella maggioranza dei casi è legata a scarso coinvolgimento e sensibilità dei livelli istituzionali
- 4) Molti riconoscono la difficoltà della interazione con la Medicina Generale e con il territorio.

Sembra quindi necessario da una parte aumentare la consapevolezza della popolazione sul problema dello SC e della sua prevenzione, dall'altra agire sulle Istituzioni insistendo sulla necessità d'instaurare una collaborazione con le società scientifiche per la realizzazione delle reti.

Limiti del presente rapporto

I limiti sono quelli legati al metodo di raccolta dei dati mediante questionario.

In generale la collaborazione dei presidenti regionali è stata buona ma i dati forniti sono obbligatoriamente descrittivi e mancano ancora risultati quantitativi completi sull'impatto delle reti di assistenza, ottenibili solo con l'utilizzazione d'indicatori di risultato e di esito. Contiamo comunque sul fatto che la "fotografia" fornita, anche se leggermente sfocata, possa essere di stimolo per tutti gli addetti ai lavori.

Riassunto

Nel 2006 l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) ha promosso una Consensus Conference fra le Società Scientifiche espresse dalle figure professionali coinvolte nell'assistenza ai pazienti con scompenso cardiaco, portando alla stesura di un Documento rivolto ad operatori e rappresentanti delle istituzioni sanitarie per ridefinire i ruoli e le responsabilità professionali nell'ambito di una nuova ed efficiente rete assistenziale al paziente cronico. A distanza di 5 anni dalla pubblicazione del Documento "Il percorso assistenziale del paziente con scompenso car-

diaco" i membri dell'Area Scompenso hanno inviato ai presidenti regionali ANMCO un questionario finalizzato a conoscere in che misura il Documento sia stato applicato nelle singole regioni italiane e abbia influito sulle scelte istituzionali per la realizzazione della rete di assistenza ai pazienti con scompenso cardiaco. Ne è risultato che, seppure in modo disomogeneo, nelle regioni il Documento ha rappresentato e costituisce un valido e riconosciuto strumento di lavoro.

Parole chiave: scompenso cardiaco, gestione dello scompenso cardiaco, rete integrate dei servizi, Documento di Consenso.

Appendice

Si ringraziano per la collaborazione i Presidenti Regionali ANMCO: dott. Leonardo Paloscia, *Abruzzo*; dott. Luigi Truncellito, *Basilicata*; dott. Mario Chiatto, *Calabria*; dott. Giovanni Gregorio, *Campania*; dott. Diego Ardissino e dott.ssa Anna Rita Mauro, *Emilia Romagna*; dott. Antonio Di Chiara, *Friuli Venezia Giulia*; dott. Furio Colivicchi, *Lazio*; dott. Gianfranco Mazzotta, *Liguria*; dott. Luigi Oltrona Visconti, *Lombardia*; dott. Luigi Minutello, *Marche*; dott. Carlo Olivieri, *Molise*; dott. Rainer Oberhollenzer, *P.A. Bolzano*; Dott. Domenico Catanzariti, *P.A. Trento*; dott.ssa Maria Rosa Conte, *Piemonte Valle d'Aosta*; dott. Alessandro Vilella, *Puglia*; dott. Bruno Loi, *Sardegna*; dott. Ernesto Mossuti, *Sicilia*; dott. Giancarlo Casolo, *Toscana*; dott. Paolo Verdecchia, *Umbria*; dott. Pietro Delise, *Veneto*.

Bibliografia

1. Ho KKL, Pinsky J, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22(Suppl A): 6A-13A
2. Garg R, Yusuf S. Epidemiology of congestive heart failure. In: Barnett DB, Pouler H, Francis GS, eds. *Congestive Cardiac Failure. Pathophysiology and Treatment*. Marcel Dekker, 1993; 9-25.
3. Dickstein K, Cohen-Solal A, McMurray JJV, et al. and the ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive. *Eur H J* 2008; 29: 2388-2442.
4. Bourassa MG, Gurne O, Bangdiwala SL Natural history and patterns of current practice in heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1995; 28: 1781-1788.
5. Sutton GC. Epidemiological aspects of heart failure. *Am Heart J* 1990; 120: 1539-40.
6. Consensus Conference su Modelli Gestionali dello Scompenso Cardiaco (documento dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO 2006). *G Ital Cardiol* 2006; 7: 387-432.
7. Di Tano, T. Diaco, F. Oliva, M. Senni Continuità di cure nel paziente scompensato in Lombardia. Approvato decreto Regionale. *Cardiologia Negli Ospedali maggio - giugno 2011*, 181, pag. 6-63.
8. <http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/ricoveriOspedalieri.jsp>
9. <http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/paginaInternaProgrammazioneSanitariaELea>