

DOCUMENTO DI SINTESI



L'INNOVAZIONE CHE CAMBIA
E SALVA LA VITA DEI MALATI CRONICI
SCOMPENSO CARDIACO

Focus on SGLT2i
PIEMONTE





22 Novembre 2022
dalle 15.30 alle 17.30

Con il patrocinio di



AZIENDA OSPEDALIERA
S. CROCE E CARLE CUNEO





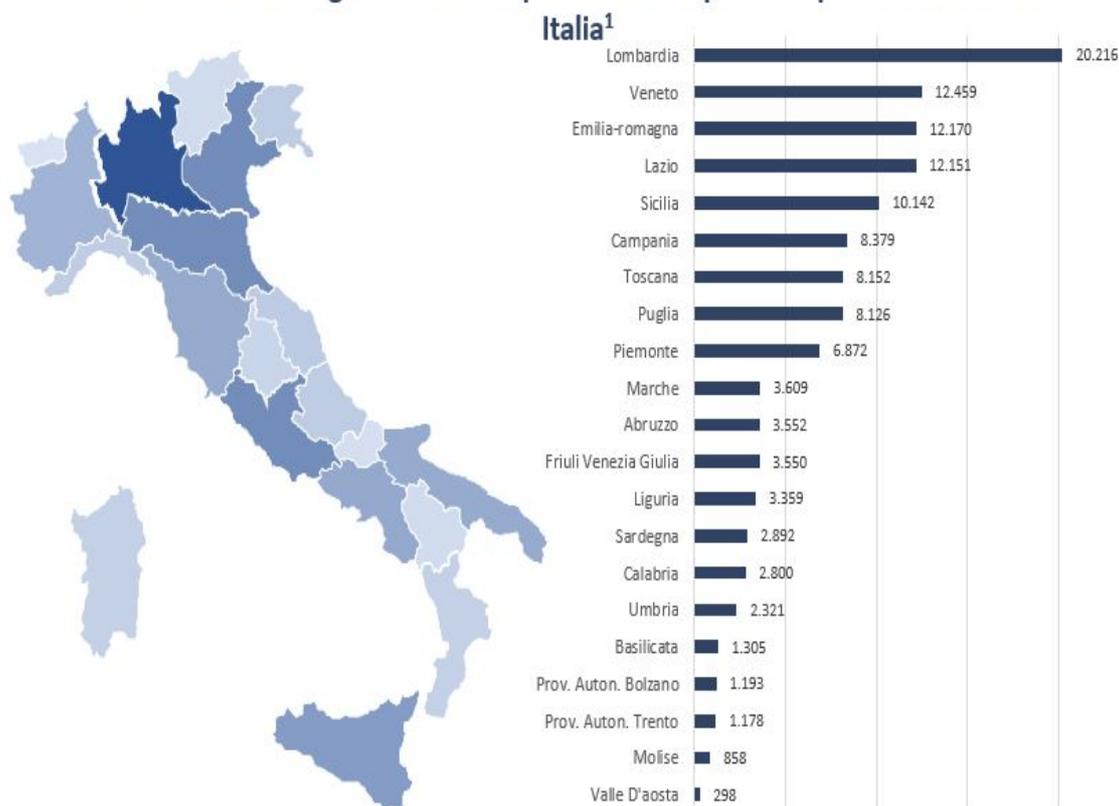
INTRODUZIONE DI SCENARIO

Lo scompenso cardiaco colpisce circa 15 milioni in Europa, con una prevalenza nota dell'1-2% ma oltre il 10% in quelli di età superiore ai 70 anni ed una incidenza pari a 5/1000 all'anno considerando solo popolazione adulta.

È una patologia cronica con esito fatale nel 50% dei pazienti entro cinque anni dalla diagnosi. Lo scompenso cardiaco in Italia è la causa principale di ospedalizzazione nelle persone di età superiore ai 65 anni con un impatto non solo clinico, ma anche sociale ed economico molto rilevante.

Su 1 milione di persone causa di circa 190 mila ricoveri/anno con una spesa di circa 3 miliardi €/annui per l'85% dovuto a ricoveri, e spesa media/paziente oltre 11.800 €/anno.

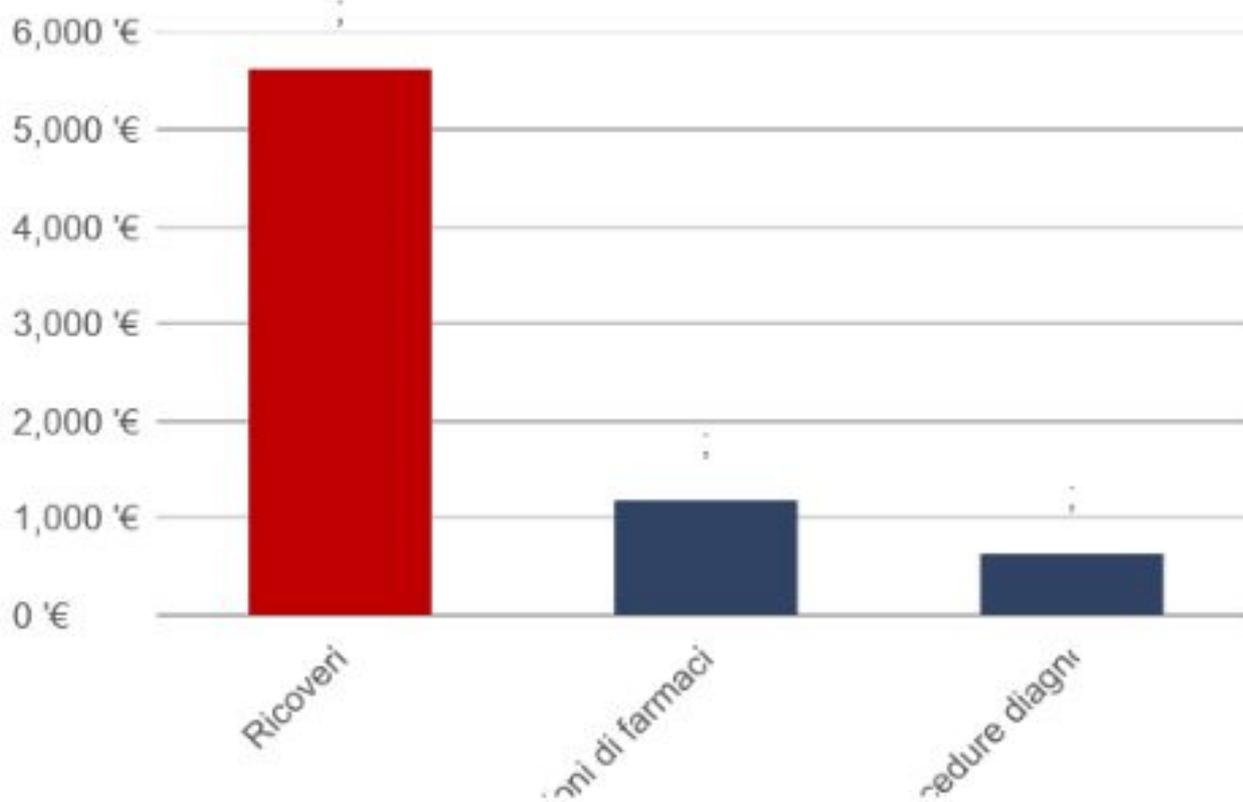
Distribuzione regionale delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco in



1. Elaborazione grafica di dati da: Programma Nazionale Esiti – edizione 2021; https://pne.agenas.it/risultati/tipo4/tab_aslT4_graf.php?ind=59&tipo=4&area=&cosa=graf&testo=Filtri_attivi: → Tutte le aree → Tutte le regioni → Confronto media nazionale + Ordinato per Regione



Nel 1° anno di follow-up un paziente scompensato determina un costo diretto annuale di 11.864 €





La principale categoria di scompenso cardiaco è quella che valutando la frazione di eiezione (% di sangue che fuoriesce dal cuore ogni volta che si contrae) indica una frazione di eiezione preservata (HFpEF).

Affligge il 50% dei pazienti e si verifica quando il ventricolo sinistro non riesce a contrarsi in maniera adeguata e quindi pompa meno sangue ossigenato. Lo scompenso cardiaco è comunque spesso associato ad altre malattie del sistema cardio-nefro-metabolico come il diabete di tipo 2 e le malattie renali.

A causa della natura interconnessa di questi sistemi, il miglioramento di uno può portare effetti positivi in tutti gli altri. Per questi motivi si sono studiati gli effetti della classe degli inibitori selettivi del co-trasportatore renale di sodio e glucosio (SGLT2i), già indicati sia come monoterapia sia in terapia di combinazione in pazienti con diabete di tipo 2 e che hanno dimostrato attraverso numerosi studi RCT di garantire benefici aggiuntivi come la riduzione della pressione arteriosa e dei ricoveri per scompenso(-35%), il rallentamento del declino della funzionalità renale(-39%), la mortalità per tutte le cause (-32%).

Sulla base di queste evidenze sono stati impostati numerosi nuovi studi con lo specifico obiettivo di valutarne l'impatto in ambito cardiovascolare indipendentemente dal diabete. In particolare i dati preliminari indicavano come l'effetto degli SGLT2i inibitori si osservasse già nei primi 3 mesi di trattamento, suggerendo un meccanismo non esclusivamente collegato alla riduzione della glicemia.

Così si è aperta la strada ad una nuova indicazione che rappresenta una svolta epocale nel trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco cronico sintomatico con frazione di eiezione preservata. Numerose evidenze supportano infatti l'indicazione che questa relativamente nuova classe di farmaci si confermi anche nello scompenso, in grado di migliorare i sintomi, ridurre i ricoveri ospedalieri ma soprattutto la mortalità sia cardiovascolare che totale.

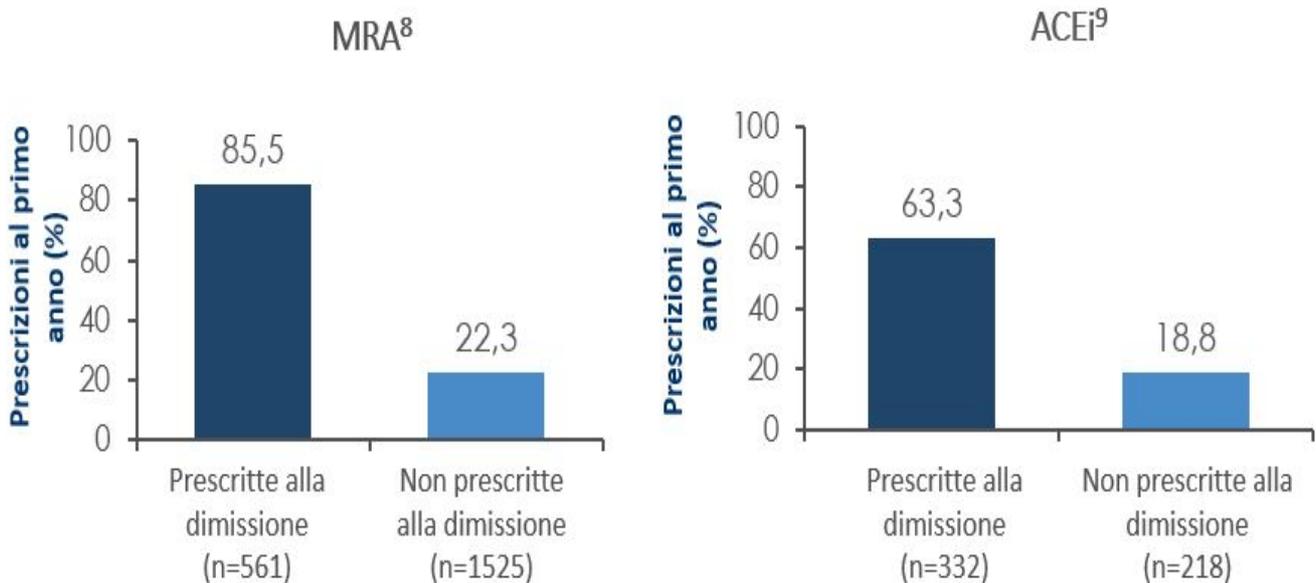
Tali dati quindi di massima rilevanza per la comunità scientifica dovrebbe offrire una nuova opportunità a tutti coloro che si occupano di curare lo scompenso ed ancor prima ai pazienti: salvando vite e aiutando le persone a trascorrere meno tempo in ospedale e più tempo con le proprie famiglie.



Sulla base di queste evidenze Motore Sanità intende organizzare dei tavoli di confronto nelle diverse regioni italiane per favorire una condivisione di idee sulla revisione del disease management per questa importante cronicità, che interessa una ampia fetta di cittadini.

Scompenso cardiaco e beneficio del trattamento precoce (aderenza)

L'inizio di un trattamento precoce in ospedale è associato ad un miglioramento dell'aderenza terapeutica^{1,2}



ACEi: ACE-inibitore
MRA: Antialdosteronico

1. Curtis LH et al. Am Heart J. 2013;165:979; 2. Butler J et al. J Am Coll Cardiol. 2004;43:2036.



SGLT2i: studio EMPULSE nei pazienti ricoverati per insufficienza cardiaca acuta^{1,2} dimostra beneficio e sicurezza dell'avvio della terapia (empagliflozin) in ospedale indipendentemente dal valore di LVEF¹



I benefici clinici sono stati consistenti sia nei pazienti con HFrEF che in quelli con HFpEF e nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica già diagnostica sia de novo



COME COMBATTERE LA SCARSA ADERENZA ALLE TERAPIE

L'ospedalizzazione è una finestra fondamentale su cui il cardiologo deve lavorare per dare una corretta cura farmacologica al paziente. Il 30% dei pazienti trattati non assume almeno un farmaco di quelli che dovrebbe secondo le linee guida e solo il 15% utilizza a dosaggio ottimale quelli indicati.

Quello che si sta cercando di fare in Regione Piemonte è di mettere in atto un percorso a partire dal pronto soccorso e identificare le diverse tipologie dei pazienti suddivisi per rischio. L'implementazione della terapia ha un ruolo importantissimo e la telemedicina può essere uno strumento di grande ausilio.

È necessario però fare formazione sul territorio per ottimizzare il trattamento e un grosso investimento andrebbe fatto anche sulla formazione diagnostica. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza può dare accesso alle nuove strumentazioni di diagnostica che attualmente non sono di facile accesso.

LA NECESSITA' DI UN PDTA PER MULTICRONICITA'

I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali sono strumenti organizzativi fondamentali per garantire equità e qualità di accesso alle cure su tutto il territorio regionale riuscendo al contempo a ridurre la spesa.

Questo strumento organizzativo, ormai utilizzato da oltre un decennio, risulta essere obsoleto. Questo perché se il PDTA risulta molto utile per affrontare pazienti con monopatologia non lo sono altrettanto per prendere in carico pazienti multicronici e con l'evoluzione demografica della regione i pazienti multicronici sono divenuti la maggioranza.

E' quindi fondamentale passare alla logica dei piani assistenziali individuali, un passaggio però molto complesso da realizzare. Chiaro che tutto questo non è indolore, diventa a questo punto fondamentale creare equilibri e sinergie tra chi si occupa di management e chi si occupa di approccio clinico/assistenziale.



LA GESTIONE DELLA CRONICITA' SUL TERRITORIO

L'aumento del numero di pazienti scompensati è frutto di una vittoria del lavoro degli specialisti e della farmacologia perché gli scompensati crescono perché si è ridotta la mortalità.

Questo nuovo scenario però richiede un lavoro organizzativo per passare il lavoro sul territorio per gestire la cronicizzazione della malattia. Per anni la cronicità è stata gestita dagli ospedali, ma non si deve continuare così.

Gli specialisti ospedalieri devono lavorare per ridurre l'ospedalizzazione e la mortalità a trenta giorni mentre la presa in carico del paziente cronicizzato deve essere organizzata sul territorio sfruttando da un lato le nuove strutture messe a disposizione con il PNRR e dall'altro i nuovi strumenti di telemedicina che permettono nuovi modelli di monitoraggio domiciliare e territoriale.

Questo nuovo modello di gestione del paziente dovrà essere compreso anche nei PDTA che dovranno anche garantire l'accesso alle cure raccomandate anche ai pazienti che non entrano in contatto con l'ospedale, ma solo con il territorio

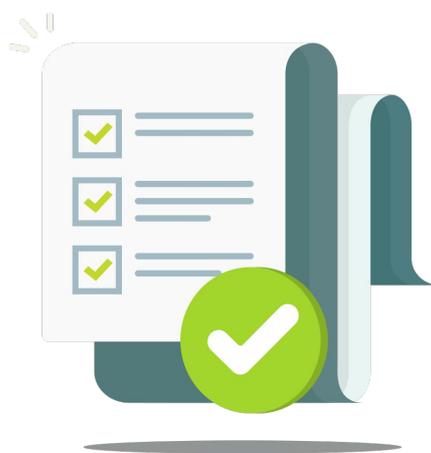


CONCLUSIONI

Le terapie farmacologiche introdotte negli ultimi anni hanno rivoluzionato la gestione e il trattamento di patologie diffuse come il Diabete Mellito o lo Scompeso Cardiaco (HF). In quest'ottica si pone la recente introduzione di farmaci inibitori dei trasportatori sodio-glucosio (SGLT2i). Quando impiegati in pazienti con scompenso cardiaco, questi farmaci riducono i ricoveri ospedalieri per la patologia e i decessi per cause cardiovascolari.

Tali benefici si osservano indipendentemente dalla presenza di diabete e dalla frazione di eiezione. Questi farmaci quindi conferiscono una vera e propria "protezione cardiovascolare". Infatti, gli inibitori SGLT2 dapagliflozin ed empagliflozin - quando aggiunti alla terapia con ACE-inibitori/ARNI/beta-bloccanti/MRA - hanno ridotto ulteriormente il rischio di morte cardiovascolare (CV) e peggioramento dello scompenso cardiaco. Inoltre migliorano i sintomi e la qualità della vita (QoL) dei pazienti, come documentato da sottoanalisi del DAPA-HF con un significativo miglioramento dei punteggi ottenuti mediante questionari dedicati come il Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).

È quindi di grande importanza l'utilizzo di questi farmaci in prima battuta, per riuscire in questo il SSR deve adeguare la propria organizzazione e la gestione del paziente per garantire un uso appropriato e omogeneo del farmaco su tutto il territorio piemontese.





ACTION POINTS

1. È necessario creare delle reti (non solo HUB&Spoke) tra i differenti ospedali e tra territorio e ospedali.
2. Si deve promuovere la formazione sulle novità diagnostiche e farmaceutiche sia tra i medici che del territorio che tra gli specialisti.
3. Promuovere l'informazione e la cultura della prevenzione nei pazienti.
4. Creare modelli rigorosi ed efficienti della modalità assistenziale con la telemedicina.
5. C'è un percorso ad ostacoli sul territorio, non ultimo i piani terapeutici, dove la prescrivibilità spesso è riservata solo ad alcune specialità. Il problema non è più l'evidenza scientifica, ma la presa in carico e l'accessibilità alle cure del paziente con proprietà transitiva: perché il paziente possa avere quel farmaco, ci deve essere uno specialista che ha la possibilità di prescriverglielo
6. I PDTA devono garantire l'accesso alle cure raccomandate anche ai pazienti che non entrano in contatto con l'ospedale, ma solo con il territorio.



PANELIST

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica di Motore Sanità

Marco Cannizzaro, Medico Continuità Assistenziale ASL To3

Alessandra Chinaglia, Direttore SC Cardiologia, AOU San Luigi Orbassano TO

Massimo Giammaria, Direttore SC Cardiologia, ASL Città di Torino PO Maria Vittoria e Martini

Carlo Picco, Direttore Generale, ASL Città di Torino

Andrea Pizzini, MMG, ASL Città di Torino

Claudia Raineri, Responsabile Cardiologia AOU Città della Salute e della Scienza TO

Franco Ripa, Responsabile Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria, Vicario Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte

Roberta Rossini, Direttore SC Cardiologia AO S. Croce e Carle Moncalieri TO

Emanuele Tizzani, Dirigente Medico Cardiologia, ASL TO3 PO Rivoli



Con il contributo incondizionato di



Boehringer
Ingelheim

Lilly

f

ORGANIZZAZIONE: PANACEA SCS

Anna Maria Malpezzi - 329 97 44 772

t

@

SEGRETERIA: PANACEA SCS

Elisa Spataro - 350 16 26 379

▶

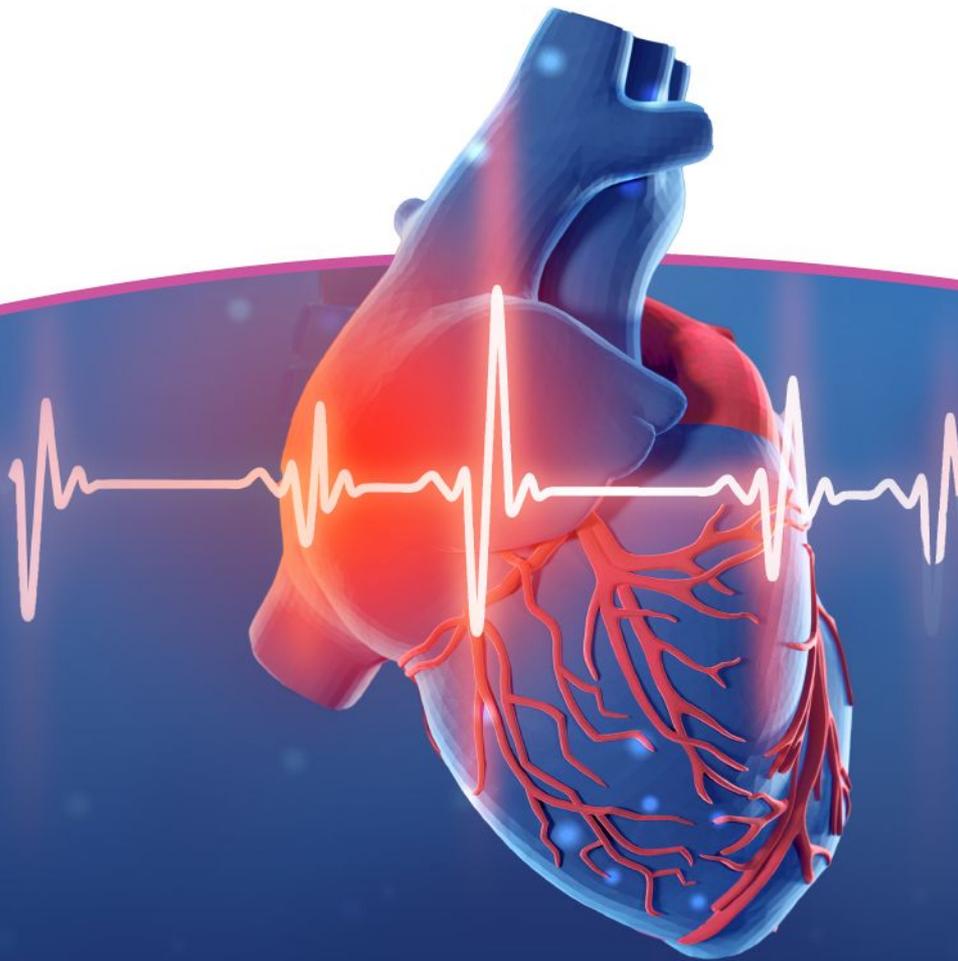
in

segreteria@panaceascs.com



MOTORE
SANITÀ

panacea



www.motoresanita.it