

# DOCUMENTO DI SINTESI



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

Focus on SGLT2i  
**CAMPANIA**



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)



# 6 Dicembre 2022

dalle 15.30 alle 17.30

Con il patrocinio di





## 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).

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.

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 dovrebbero 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.



## SALUTI DELLE AUTORITÀ

La peculiarità della Campania è che le re-ospedalizzazioni dopo le dimissioni sono molto più frequenti rispetto ad altre regioni quindi il tema vero, oggi, è una maggiore interattività tra ospedale e territorio.

Le istituzioni intervenute al panel hanno accettato la sfida a fare di più, a fare meglio e a fare presto e soprattutto di farlo con i professionisti del settore. Immaginare di inventare una soluzione a problemi così complicati, come lo scompenso cardiaco, che riguarda una multidisciplinarietà di professionisti e di interventi, senza ascoltare chi sta sul campo quotidianamente sarebbe solo una follia.

È necessario quindi raccogliere le indicazioni che sono arrivate da questo incontro che saranno oggetto di discussione nei tavoli istituzionali. Inoltre, data la gravità e l'urgenza del problema non è pensabile di provare a rispolvero quando saranno pronte le case di comunità o gli ospedali di comunità o una riorganizzazione più complessiva, di edilizia sanitaria, contando poi le assunzioni di personale sanitario, per immaginare che si possa cominciare a fare di più rispetto al problema così importante dello scompenso.

L'invito ai manager della sanità campana è di dedicare più spazio, più attenzione ai Distretti per dare una mano ai medici ospedalieri, e garantire una equa distribuzione delle risorse.



## L'ESEMPIO DI INNOVAZIONE CHE CAMBIA LA CRONICITÀ: FOCUS ON SGLT2i

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 si osservasse già nei primi 3 mesi di trattamento, suggerendo un meccanismo non esclusivamente collegato alla riduzione della glicemia.

Dal 2015 c'è questa attenzione molto forte alle Glifozine, inibitori selettivi del Sglt2. Utilizzati nei diabetici, in quel periodo stranamente diedero luogo nei pazienti a una grossa riduzione dello scompenso.

Il dato epidemiologico è che il 55% delle persone con scompenso a frazione di eiezione preservata, secondo le linee guida americane, sono candidate ad avere un supporto all'uso degli inibitori del Sglt2, sia come monoterapia sia in terapia di combinazione in quei pazienti con diabete di tipo 2 che hanno dimostrato, attraverso numerosi studi, di averne 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%) oltre a giovare di un elevato profilo metabolico. Il problema è la rete tra ospedale e territorio.



Servono sinergie con specialisti ambulatoriali e medici di medicina generale. In sintesi c'è l'importanza dell'utilizzo precoce di questi farmaci molto maneggevoli nella pratica clinica con esiti molto favorevoli.

È importante e cruciale la interdisciplinarietà e i percorsi di cura più fluidi. C'è poi l'aspetto diagnostico: come la Troponina è un segno dell'infarto, il BNP insieme al NT-proBNP (proteina prodotta dal cuore quando eccessivamente affaticato) è un segno dello scompenso.

Un risultato superiore ai valori di riferimento di questo parametro dunque suggerisce la presenza di scompenso cardiaco o insufficienza cardiaca; tanto maggiore è il valore, tanto più grave è la patologia. Intanto in Campania ci sono 1,5 milioni di cronici over 65 anni (dati Epicentro), le cardiopatie sono il 35% e dunque circa 280mila pazienti cronici non possono essere sostenuti e l'unica risposta è l'ospedale.

I farmaci innovativi servono proprio a evitare questa debacle assistenziale, costosa, inutile e inappropriata.



## APPROCCIO TERRITORIALE ALLO SCOMPENSO

Lo scompenso, considerato una malattia cronica come il diabete, e dunque di competenza territoriale, entra troppo spesso nell'alveo delle cure ospedaliere: Il primo Drg ospedaliero delle Medicine interne è il n.127 che riguarda proprio lo scompenso.

In Italia ci sono 1.052 Medicine interne, 52 in Campania, e in Medicina interna si vedono la maggior parte dei pazienti perché abbiamo più posti letto, il 15% circa e il 16% dei ricoveri acuti arrivano in Medicina interna.

Il paziente scompensato arriva in ospedale ma non vuole venire e si crea un corto circuito.

I diabetici e gli scompensati sono il 17% dei pazienti ma non dovrebbero proprio arrivare in ospedale. Dal nuovo decreto 77 di riordino del territorio gli specialisti si aspettano una riforma in questo senso.

Il primo approccio alla diagnosi del paziente deve quindi partire dal Medico di Medicina Generale, il cui compito è quello di andare ad indagare sulle principali patologie croniche che potrebbero aver colpito il paziente e che ancora non sono state diagnosticate, quindi far emergere il sommerso che si trova negli ambulatori dell'MMG.

Una volta che il paziente è stato diagnosticato però manca una reale e strutturata collaborazione e dialogo tra MMG e specialistica ospedaliera.



## 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.

É 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.



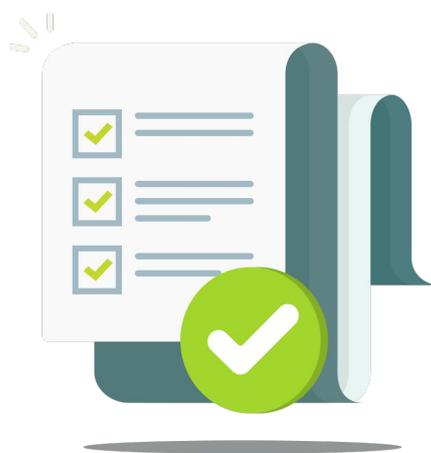
## CONCLUSIONI

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.

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 campano.





## ACTION POINTS

1. È necessario creare delle reti (non solo HUB&Spoke) tra i differenti ospedali e tra territorio e ospedali.
2. Compito dei MMG è anche quello di far emergere i pazienti ancora non diagnosticati (sommerso) presente all'interno dei loro ambulatori.
3. Si deve promuovere la formazione anche degli specialisti
4. Promuovere l'informazione e la cultura della prevenzione nei pazienti.
5. Creare modelli rigorosi ed efficienti della modalità assistenziale con la telemedicina.
6. 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 con la possibilità di prescriverlo



**SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):**

**Guido Corbisiero**, Vice Presidente CARD Campania

**Luca De Nicola**, Referente Regionale SIN

**Massimo Di Gennaro**, Direttore Innovazione, Logistica Integrata e Sanità Digitale So.Re.Sa.

**Giovanni Esposito**, Presidente Nazionale GISE

**Mario Flovilla**, Presidente Federfarma Campania

**Gaspere Guglielmi**, Direttore U.O.C Farmacia AORN “Antonio Cardarelli”

**Anna Guida**, Presidente Regionale SIMI

**Lorenzo Latella**, Segretario Regionale Cittadinanzattiva Campania

**Ada Maffettone**, Presidente Eletto FADOI Campania

**Pasquale Perrone Filardi**, Presidente Nazionale SIC

**Gaetano Piccinocchi**, Presidente SIMG

**Giovanni Porcelli**, Componente V Commissione Sanità e Sicurezza Sociale Consiglio Regionale Campania

**Maria Rosaria Romano**, Dirigente UOD Assistenza Ospedaliera della Direzione Generale per la tutela della salute ed il coordinamento del SSR Regione Campania

**Gerolamo Sibilio**, Presidente Regionale ANMCO

**Luigi Sparano**, Segretario Provinciale FIMMG Napoli

**Ugo Trama**, Responsabile Farmaceutica e Protesica della Regione Campania

**Ciro Verdoliva**, Direttore Generale ASL NA 1 centro



Con il contributo incondizionato di



Boehringer  
Ingelheim

*Lilly*

f

**ORGANIZZAZIONE**

🐦

Barbara Pogliano

@

**SEGRETERIA**

✉

meeting@panaceascs.com

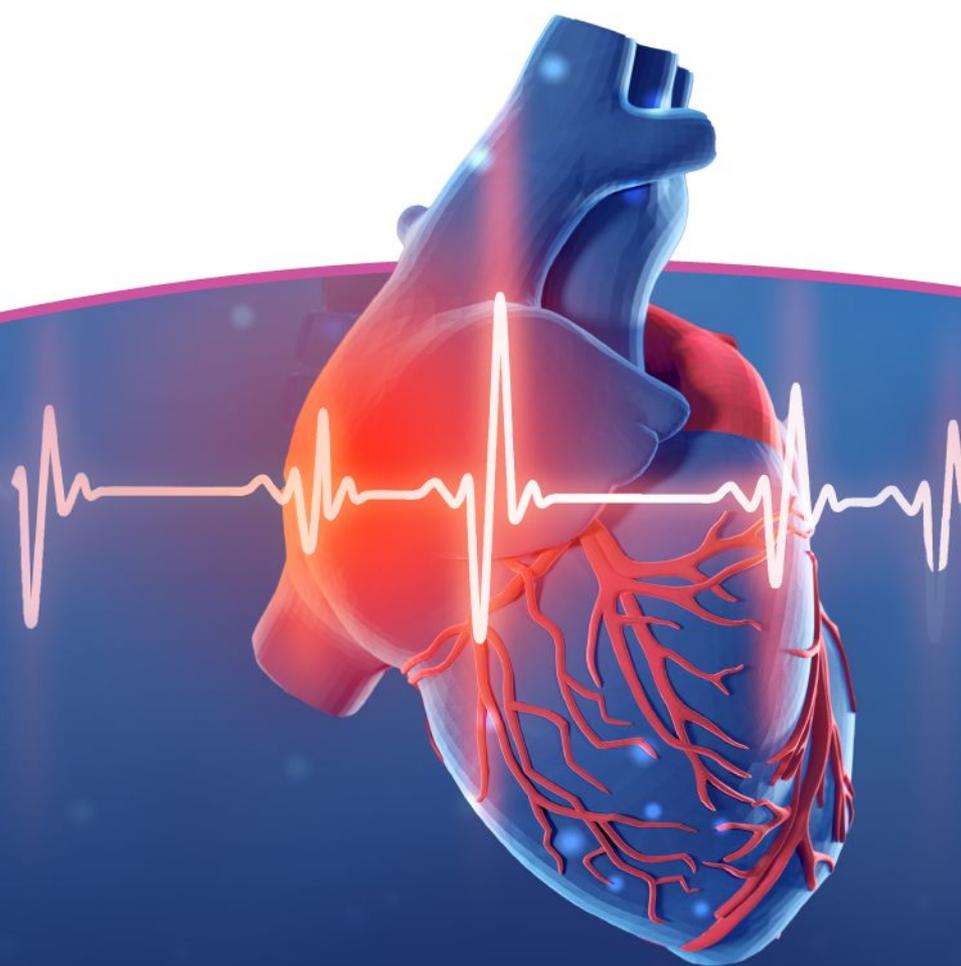
in

324 6327587



MOTORE  
SANITA'  
WEBINAR

panacea



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)