

INNOVA HF

DALL'INNOVAZIONE TERAPEUTICA
ALL'INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA
DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA



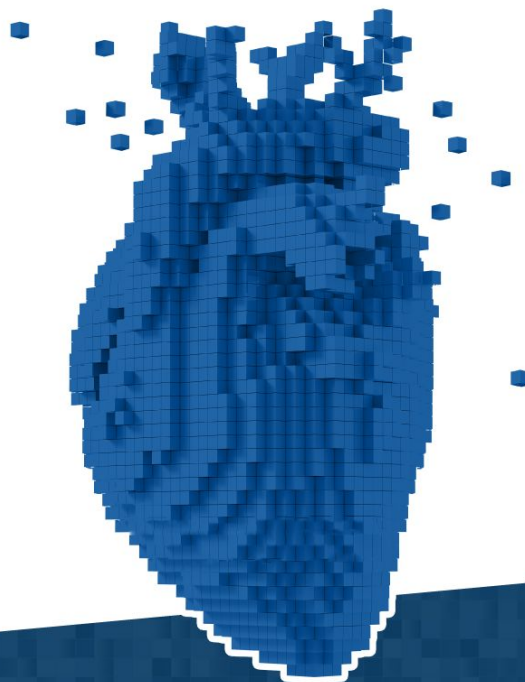
VAL TROMPIA (BS)

SALA Auditorium 4 ° piano - Presidio Ospedaliero di Gardone
Val Trompia ASST Spedali Civili di Brescia
Via Papa Giovanni XXIII, 4



11 Novembre 2024

dalle **14.30** alle **19.30**



Iscriviti su www.motoresanita.it



MOTORE
SANITÀ
Cure the Future





DALL'INNOVAZIONE TERAPEUTICA ALL'INNOVAZIONE
ORGANIZZATIVA DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA

RAZIONALE SCIENTIFICO

Lo scompenso cardiaco (HF) è una patologia cronica ad alta complessità gestionale, elevata epidemiologia con numeri in costante crescita a causa dell'invecchiamento della popolazione e di conseguenza ad alto impatto sui servizi della filiera assistenziale. Colpisce infatti circa **1 milione** di pazienti in Italia (prevalenza 1,7%, che diventa del **10%** negli over 70) con una incidenza di circa **90.000** nuovi casi/anno. È una patologia cronica con esito fatale nel **50%** dei pazienti entro 5 anni dalla diagnosi e in **Italia è la causa principale di ospedalizzazione nelle persone di età superiore ai 65 anni**. Da questi numeri è facile comprendere come il suo impatto non solo clinico, ma anche sociale ed economico, sia molto rilevante: con una spesa calcolata per il SSN in oltre **3 miliardi €/anno** di cui 85% dovuto a ricoveri (circa **190 mila ricoveri/anno**) e una spesa media/paziente di oltre **11.800 €/anno**. È possibile comunque distinguere 2 principali categorie di scompenso cardiaco, correlate alla cosiddetta frazione di eiezione (EFVS), che caratterizzano 2 fenotipi diversi: quello con EF ridotta (HFpEF) e quello con EF preservata (HFpEF).

Quest'ultimo rappresenta circa il 50% di tutti i pazienti scompensati e rappresenta una sfida assistenziale importante. Recenti analisi, infatti, dando una fotografia di quest'ultima popolazione e del contesto assistenziale attuale hanno portato alla luce molte criticità: nel 91% dei casi i pazienti hanno polipatologie (media di 2,5 patologie/paziente ma il 25% addirittura almeno 4) croniche importanti come l'ipertensione arteriosa, la BPCO, il diabete mellito, la cardiopatia ischemica, la fibrillazione atriale, la nefropatia; la media tra comparsa dei sintomi e diagnosi è di 12 mesi, con dati diversi tra i diversi territori regionali e dove il più delle volte lo scompenso viene scoperto in fase acuta quando il paziente si reca al pronto soccorso, perché spesso prima i sintomi vengono confusi con altre patologie. I ritardi di diagnosi e cura su questo paziente rallentano la presa in carico appropriata fondamentale nella fase iniziale causando spesso il passaggio alla fase acuta con conseguenti costi citati relativi alle ospedalizzazioni.

A questo si aggiunge il forte impatto sulla qualità della vita (riduzione tempo lavoro, cambio di mansioni, perdita di lavoro, depressione, senso di fragilità, impatto sulla famiglia) che genera ulteriori importanti costi sociali. Ma a fronte di questo scenario la ricerca ha offerto nuove importanti opzioni terapeutiche su questa tipologia di pazienti (HFpEF/HFrEF), consolidate da una importante mole di evidenze scientifiche, i cui risultati stanno cambiando radicalmente le prospettive di cura. Un es° è quello dei farmaci **inibitori selettivi del co-trasportatore renale di sodio e glucosio (SGLT2)** che attraverso diversi studi RCT hanno dimostrato di ridurre il rischio di andare incontro a un endpoint composito di morte cardiovascolare o ospedalizzazioni per scompenso cardiaco rispetto al gruppo di controllo (rischio di ospedalizzazione per scompenso -30%).

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. Risulta quindi fondamentale delineare un **nuovo modello di assistenza** in grado di garantire che l'innovazione organizzativa dei percorsi di cura possa andare di pari passo con l'innovazione terapeutica introdotta.

INNOVA HF



DALL'INNOVAZIONE TERAPEUTICA ALL'INNOVAZIONE
ORGANIZZATIVA DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA

Ma quali dovranno essere gli strumenti per arrivare a questo? quali nuove tecnologie potranno essere utili? Come comporre un team multidisciplinare in grado di prendere in carico questo paziente polipatologico? Quali competenze e quale formazione sarà utile per sfruttare al meglio l'innovazione introdotta? Quale migliore soluzione organizzativa per garantire il miglior patient journey dentro all'ospedale?

Sulla base di questo quadro Motore Sanità partendo dalle strutture ospedaliere nelle diverse regioni Italiane intende promuovere un progetto formativo destinato al target clinico di riferimento che permetta di comprendere e di affrontare le principali criticità in ambito diagnostico-terapeutico, così come diffondere le best practices del territorio italiano.

Il modello viene declinato con un concetto di "prossimità" nelle singole realtà ospedaliere facenti parte delle reti loco-regionali nella gestione dell'insufficienza cardiaca. Questo modello vuole essere garante, attraverso il coinvolgimento di una faculty di esperti locali, di una formazione più specifica in grado permettere l'adattamento dei contenuti ai diversi contesti e percorsi eterogenei di presa in carico del paziente con insufficienza cardiaca.

I centri aderenti al percorso formativo "Innova HF" sono riferibili a strutture ospedaliere di rilievo nazionale e/o afferenti ad una rete più vasta con modello "Hub & Spoke" ed il target cui si rivolge è esclusivamente clinico. I destinatari dell'iniziativa sono sia i clinici afferenti ai centri "hub" quanto quelli ad essi collegati tramite le reti territoriali dell'insufficienza cardiaca ossia i centri "spoke", al fine proprio di ottimizzare la gestione del paziente e studiarne il migliore percorso di presa in carico e trattamento precoce, secondo linee guida, del paziente con scompenso cardiaco.



DALL'INNOVAZIONE TERAPEUTICA ALL'INNOVAZIONE
ORGANIZZATIVA DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA

PROGRAMMA DELLA GIORNATA FORMATIVA: Esperienza locale del Centro Ospedaliero

SESSIONE I (FCM)

Il paziente HFrEF/HFpEF: come ottimizzare il percorso di cura dalla diagnosi alla presa in carico

14.30 **Saluti e condivisione del progetto**

Luigi Cajazzo, Direttore Generale ASST Spedali Civili Brescia

Cristina Rosati, Dirigente Medico di Direzione Sanitaria Presidio di Gardone V/T ASST Spedali Civili Brescia

Relazioni frontali:

14.50 **Dalle evidenze scientifiche sull'innovazione terapeutica a quali competenze e quale formazione sarà utile per sfruttare al meglio l'innovazione**

Nicola Pagnoni, Responsabile reparto Cardiologia, AO Spedali Civili Brescia

15.10 **Dal riconoscimento precoce alla presa in carico del paziente con HF**

Massimo Crippa, Dirigente medico Medicina Generale AO Spedali Civili Brescia P.O.Gardone V.T.

15.30 **Ottimizzazione della terapia nel paziente cardiorenale metabolico con SGLT2**

Nicola Pagnoni, Responsabile reparto Cardiologia, AO Spedali Civili Brescia

15.50 **Worsening heart failure: il ruolo di vericiguat**

Carla Ungari, Dirigente medico Cardiologia AO Spedali Civili Brescia

Comitato Scientifico:

Luciano Flor, Direzione Scientifica Motore Sanità

Nicola Pagnoni, Responsabile reparto Cardiologia, Azienda Spedali Civili di Brescia



DALL'INNOVAZIONE TERAPEUTICA ALL'INNOVAZIONE
ORGANIZZATIVA DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA

SESSIONE II (ECM)

16.10 – 18.10

Discussione di tematiche loco-regionali per un modello condiviso sartoriale del paziente con scompenso cardiaco

Moderatori: Luciano Flor, Direzione Scientifica Motore Sanità

Nicola Pagnoni, Responsabile reparto Cardiologia, Azienda Spedali Civili di Brescia

- Il paziente HFref/HFpEF, dai bisogni alle criticità attuali ai Punti di forza
- Come ottimizzare il *patient journey* alla luce dell'innovazione terapeutica introdotta?
- Come implementare la diagnosi e l'appropriato referral
- Dalla diagnosi alla terapia farmacologica: approccio al paziente cardio-renale-metabolico con le gliflozine

SESSIONE III (NON ECM)

18.10 – 19.30

Discussione di tematiche loco-regionali per un modello condiviso sartoriale del paziente con scompenso cardiaco

- Paziente HFref/HFpEF, quale nuova integrazione multiprofessionale e multidisciplinare e come comporre un team in grado di prendere in carico questo paziente polipatologico: strumenti, risorse e nuove tecnologie a supporto
- Proposte per un nuovo modello organizzativo gestionale
- Proposte alla direzione strategica del nuovo livello organizzativo

Comitato Scientifico:

Luciano Flor, Direzione Scientifica Motore Sanità

Nicola Pagnoni, Responsabile reparto Cardiologia, Azienda Spedali Civili di Brescia

INNOVA HF



DALL'INNOVAZIONE TERAPEUTICA ALL'INNOVAZIONE
ORGANIZZATIVA DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA

Con il contributo incondizionato di



Boehringer
Ingelheim

Lilly



Faculty: 6 relatori

ECM accreditato per 30 clinici

Specialità accreditata: Cardiologi, Geriatri, MMG,
Medici di Medicina Interna, Medicina di Emergenza
Urgenza, Nefrologi, Anestesisti Rianimatori, Fisiatri,
Farmacisti e Infermieri.

ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA

Anna Maria Malpezzi – 329 9744772

Cristiana Arione – 328 8443678

segreteria@panaceascs.com

www.motoresanita.it



Comunicazione e redazione stampa a cura di www.mondosanita.it

Registrati e ottieni le nostre **rassegne stampa** in esclusiva

