



**PROGETTO DI CONTENIMENTO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI
AMBULATORIALI IN TERMINI DI RECUPERO DI APPROPRIATEZZA**
(Deliberazione del DG n°2014/91 del 30-01-2014)

Gruppo integrato Ospedale –Territorio per la definizione di percorsi diagnostico -
terapeutici sulla cronicità

SCOMPENSO CARDIACO

Responsabile del Progetto
Dr. V. Freggiaro

MAGGIO 2014

Gruppo di lavoro:

V. Freggiaro (Referente)

G. Lencioni (SOC Cardiologia-Tortona)

S. Mazzarino (SOC Cardiologia-Tortona)

C. Sasso (Distretto di Tortona)

E. Albanese (Distretto di Tortona)

C. Canepari (MMG)

L. Prati (MMG)

B. Plumeri (CPSE infermiere territoriale)

M.A. Cavarretta (CPSI infermiere territoriale)

Responsabile/Referente aziendale del progetto

Dr. M. Leporati

Prefazione

Nell'affrontare il gravoso ma anche gratificante compito di realizzare il PDTA dello Scempenso Cardiaco, in linea con gli obiettivi indicati dalla Direzione Generale, abbiamo voluto dare un taglio di praticità e soprattutto di esportabilità alle nostre proposte, in considerazione anche del non ancora omogeneo campo in cui andiamo ad operare.

Si è evitato quindi, di insistere troppo sulle linee-guida nazionali ed internazionali, comunque reperibili su tutti i network, ma spesso lettera morta per la difficoltà oggettiva di applicazione.

Abbiamo cercato invece, di creare una cultura ed un linguaggio omogenei, comuni e condivisi da tutti gli operatori sanitari coinvolti, per fare emergere dalla nebbia degli schematismi e delle raccomandazioni, una visione semplice, ma limpida della materia.

L'obiettivo della appropriatezza prescrittiva ed anche della riduzione dei ricoveri ospedalieri, lo si raggiunge solo se riusciamo a creare una rete, o meglio un circuito "seamless" (senza cuciture), all'interno del quale, il paziente, indipendentemente dal momento e dal punto di entrata, riceva identico approccio diagnostico-terapeutico in base alle varie fasi della malattia.

Si è provveduto ad eliminare il concetto ospedale-centrico della malattia, ma nello stesso tempo si è evitato il rischio opposto, dal sapore vagamente demagogico, di portare lo specialista ospedaliero a casa del paziente (cardiologo di famiglia).

Il paziente e i suoi famigliari devono essere consapevoli, di ricevere in ogni momento, il più appropriato dei trattamenti della patologia in questione, indipendentemente dal luogo in cui andiamo ad operare (Ospedale, Ambulatorio, domicilio).

Questo vale anche per le fasi terminali della malattia, quando la consapevolezza di un esito comunque infausto, eviterà inutili e crudeli passaggi al Pronto Soccorso e nei vari Reparti ospedalieri.

Il paziente, non sarà più inteso come "proprietà" di qualcuno, ma come scommessa di tutti, per dar vita ad una esistenza più dignitosa, migliorandone la qualità.

Dimensioni del problema

Lo scompenso cardiaco rappresenta il collettore finale della maggioranza delle patologie cardiache.

Colpisce in quanto a prevalenza, il 2% della popolazione generale (circa 700.000 soggetti già diagnosticati in Italia), tenendo conto che la prevalenza raddoppia per ogni decennio di vita, raggiungendo il 6-10% nella popolazione superiore ai 65 anni.

In quanto ad incidenza, ogni anno in Italia si diagnosticano circa 100.000 nuovi casi.

Non a torto, diversi autori hanno definito lo Scompenso cardiaco “l’epidemia del millennio”.

È una patologia a prognosi infausta: a sei mesi dalla diagnosi, il 15% dei pazienti muore, a cinque anni oltre il 50% dei pazienti è deceduto.

Negli ultimi anni, si è registrato un progressivo aumento delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco, tanto che in Italia, il DRG 127 (INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK) è la prima causa di ricovero dopo il parto.

La percentuale di pazienti riospedalizzati, entro 3-6 mesi dalla dimissione, a causa dei periodi di instabilità della malattia, risulta molto elevata ed oscilla tra il 10 e il 50% a seconda delle statistiche.

Una prima conseguenza di questo fenomeno, è che lo scompenso cardiaco rappresenta una delle voci più rilevanti della spesa sanitaria nazionale con il 5% dei costi totali dell’ospedalizzazione e il 2% della spesa sanitaria nazionale totale.

I pazienti con diagnosi di SC presentano a cicli, riacutizzazione della malattia, tale da rendere frequente il re-ricovero ospedaliero, che tuttavia, solo in una minoranza dei casi, è appropriato.

È dimostrato infatti, che il peggioramento del quadro clinico, è spesso connesso a fattori precipitanti in larga parte prevedibili e quindi prevenibili.

È pertanto indispensabile una gestione integrata Ospedale-Territorio sulla base delle necessità del singolo paziente e della specifica fase della malattia.

Sia nell’ambito ospedaliero che territoriale, occorre l’integrazione multidisciplinare di diverse competenze.

Ciò nasce dalla considerazione che è di frequente riscontro il fenomeno delle comorbilità (diabete, ipertensione, insufficienza renale, BPCO) e che la maggior parte di ricoveri in ambito ospedaliero, avvengono ancora nei Reparti di Medicina (60%, secondo i dati della Regione Piemonte).

Il trattamento del paziente con SC, richiede quindi, oltre alla gestione delle fasi di instabilità, l'individuazione di percorsi prevedibili della storia naturale e quindi un approccio assistenziale programmato, secondo una logica prevalentemente preventiva, anziché semplicemente sintomatica ed attendista

Definizioni

SCOMPENSO CARDIACO: è definito come l'incapacità del cuore di fornire sangue in quantità adeguate alle richieste dell'organismo.

Secondo la definizione della Società Europea di Cardiologia (2012), dal punto di vista fisiopatologico abbiamo due tipi di SC:

- 1) **SCOMPENSO CARDIACO CON RIDOTTA FRAZIONE DI EIEZIONE:** rappresenta oltre il 50% di tutta la patologia e riconosce come causa prevalente la Malattia coronarica.
- 2) **SCOMPENSO CARDIACO CON FRAZIONE DI EIEZIONE "CONSERVATA":** riguarda un profilo diverso di paziente, spesso più anziano, di sesso prevalentemente femminile, obeso, con ipertensione e/o fibrillazione atriale.

Per questo secondo gruppo la prognosi in genere è migliore.

La diagnosi di SC nel gruppo (1) si desume quindi dai seguenti elementi:

- a) Sintomi (dispnea a riposo e/o da sforzo, ortopnea)
- b) Segni (edemi declivi, versamento sieroso ecc)
- c) Ridotta FE (<30%) ALL'ECOCARDIOGRAMMA

La diagnosi di SC nel gruppo (2) si desume invece dai seguenti elementi:

- a) Sintomi (idem)
- b) Segni (idem)
- c) FE normale o modestamente ridotta, con VS non dilatato
- d) Rilevante malattia strutturale cardiaca e/o disfunzione diastolica

Appare del tutto evidente, l'importanza dell'inquadramento iniziale del paziente in base ai due profili e alle due tipologie sopra enunciate, in quanto sicuramente differenziato è l'approccio terapeutico e la valutazione prognostica

CLASSIFICAZIONE NYHA: suddivide lo stato di scompenso in base alla sintomatologia, in 4 classi di gravità:

- **Classe I:** l'attività fisica abituale non determina dispnea, astenia, palpitazioni.
- **Classe II:** lieve limitazione della attività fisica abituale con la comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni, benessere a riposo.
- **Classe III:** grave limitazione dell'attività fisica, i sintomi di dispnea ed affaticamento, insorgono per attività fisica di entità inferiore a quella abituale, benessere a riposo.
- **Classe IV:** incapacità a svolgere qualsiasi attività senza comparsa di sintomi di scompenso anche a riposo.

Il cerchio magico (Slide 1)

Volendo disegnare una flow-chart per lo scompenso cardiaco, abbiamo mutuato dalla geometria e dall'astronomia una forma perfetta, senza inizio né fine: il cerchio.

E in effetti l'entrata del paziente all'interno di questo cerchio, può avvenire in diversi punti, ma una volta avvenuta la selezione, ogni individuo potrà transitare indifferentemente da un blocco diagnostico-terapeutico ad un altro o ritornare su quello precedente, a seconda della stadiazione della malattia, ma sempre con l'obiettivo primario di ricevere il miglior trattamento possibile.

Per potere far questo, occorre una selezione stringata e rigida; in altre parole, bisogna attrezzarci per potere "dare tanto a pochi", per lo meno in questa congiuntura e con questa ristrettezza di risorse.

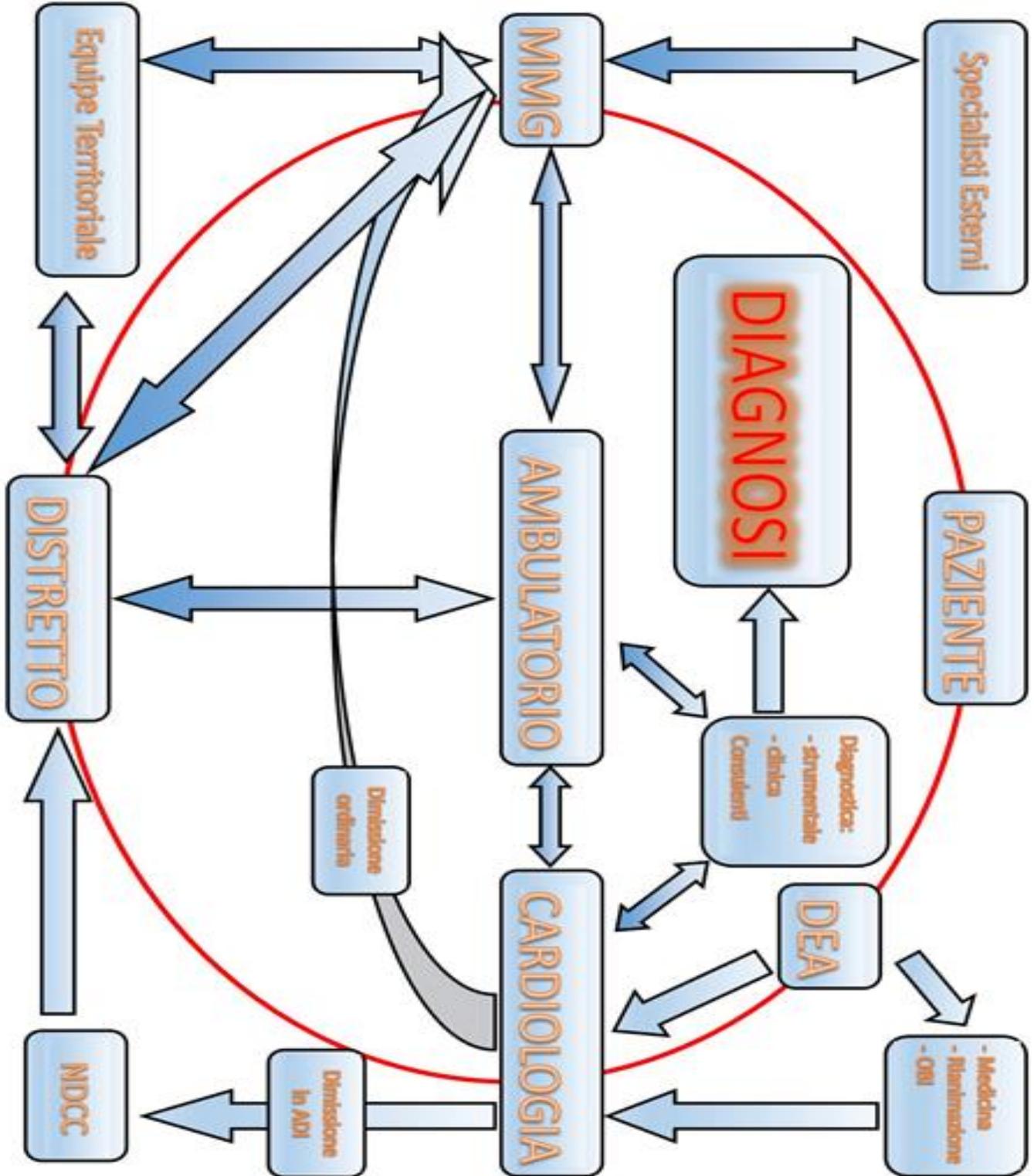
Come detto sopra, il paziente non ancora eleggibile o già eleggibile, entra all'interno del cerchio transitando dal proprio MMG o direttamente dal DEA.

Compito di tutti gli operatori del percorso circolare è quello di rendere sempre più ovvio il concetto che il primo e fondamentale punto di riferimento per il paziente è rappresentato dal MMG.

Solo a questa figura spetta la prima decisione operativa, su base clinico-strumentale, se dirottare il paziente, previa accordi telefonici, presso l'Ambulatorio dello Scompenso per una selezione e una diagnosi di merito, o mandarlo direttamente al DEA per la estrema precarietà del quadro clinico.

Una volta in DEA, le decisioni diagnostico-terapeutiche possono essere in numero di quattro (Tab 1):

- a) Ricovero in Rianimazione per necessità di ventilazione assistita: è probabile il successivo trasferimento in Cardiologia.
- b) Ricovero in Medicina.
- c) Ricovero in Cardiologia.
- d) Permanenza in DEA per 48 ore per la stabilizzazione del quadro clinico e la successiva dimissione.



SLIDE 1 - Il cerchio magico

CRITERI	RICOVERO IN CARDIOLOGIA	RICOVERO IN MEDICINA	RICOVERO IN DEA OBI MAX 48 ORE	RICOVERO IN RIANIMAZIONE
Età anagrafica	< 75 aa	> 75 aa		
Età biologica	< 80 aa	> 80 aa		
Anamnesi	Primo ricovero	Ricoveri successivi		
ECG	Presenza di BBSX completo	Assenza di BBSX completo		
Ecocardio	Positività criteri per HF-REF/HF- PEF Mai effettuato esame eco	Negatività criteri per HF- REF/HF_PEF Già effettuato esame eco		
Coronarografia	Mai effettuata	Già effettuata		
Clinica	Mancata stabilizzazione EPA Concomitante SCA	Prevalenza di comorbidità: BPCO,IRC,OBESITA' ANEMIA	Ricoveri ripetuti Dispnea da sintomi/segni di congestione	Necessità di ventilazione meccanica

Tab 1 - Accessi in DEA: criteri di ricovero

L'ipotesi della permanenza in DEA, vale soprattutto per i pazienti per i quali esiste già una diagnosi di Scompenso e che hanno già avuto precedenti ricoveri.

La soluzione, evita tra l'altro, un nuovo ricovero che potrebbe anche avere le caratteristiche dell'inappropriatezza.

I pazienti ricoverati in Cardiologia, anche se non sono maggioritari in numero assoluto rispetto a quelli ricoverati in Medicina (*rapporto di 60/40 con la Cardiologia*) rappresentano tuttavia sicuramente la fetta più interessante dal punto di vista di inquadramento prognostico.

Al momento della dimissione infatti, se è confermata la diagnosi di Scompenso cardiaco, essi tornano al proprio MMG con le indicazioni terapeutiche ed eventuale consiglio ad aprire cartella clinica ADI.

Contestualmente, viene attivato un **follow-up** (f.u.) presso l'Ambulatorio dello scompenso cardiaco a breve scadenza (15-20 gg), in quanto, la successiva prognosi del paziente, si decide in genere in questo breve lasso di tempo.

Il MMG, se valuta di aprire la cartella ADI, informa il Distretto sanitario territoriale competente per le necessità del caso e chiede l'attivazione dell'equipe territoriale.

Le informazioni del monitoraggio ADI, tornano al MMG il quale, se ritenuto necessario, si interfaccia con i medici dell'Ambulatorio dello Scompenso per gli opportuni aggiustamenti terapeutici.

Per quanto riguarda i pazienti dimessi dalla Medicina, una parte andranno arruolati per il f.u. nell'Ambulatorio dello Scompenso; l'altra fetta, quelli con comorbilità in cui la componente cardiovascolare non è predominante, saranno rinviati al MMG.

Come si vede, il cerchio comprende diversi punti di entrata e diversi rimandi: il dato fondamentale ed imprescindibile è il PASSAGGIO D'INFORMAZIONE da uno step ad un altro step.

Questo passaggio di informazione deve essere bidirezionale ed il più completo possibile con l'attuale tecnologia informatica (SMS, E-MAIL, TELEFONO - FAX).

Si auspica che nel futuro, a medio-breve termine, questa di rete di connessione informatica , sia gestita direttamente dall'Amministrazione ASLAL, mentre per ora, si basa solo sull'iniziativa singola, anche se per altro efficace degli operatori (cardiologo, MMG, medico del Distretto). Solo in questa maniera riusciremo ad essere efficaci e puntuale con il singolo paziente, senza creare inutili e dannose sovrapposizioni di ruoli. Per la verifica periodica dei risultati del lavoro sarà indispensabile, a cadenza iniziale trimestrale, riunire un gruppo Audit con almeno tre figure: MMG, CARDIOLOGO AMBULATORIALE E MEDICO DI DISTRETTO. Il Gruppo Audit, utilizzerà, per le proprie valutazioni, i dati sistematici che man mano arriveranno dai diversi indicatori, più avanti elencati.

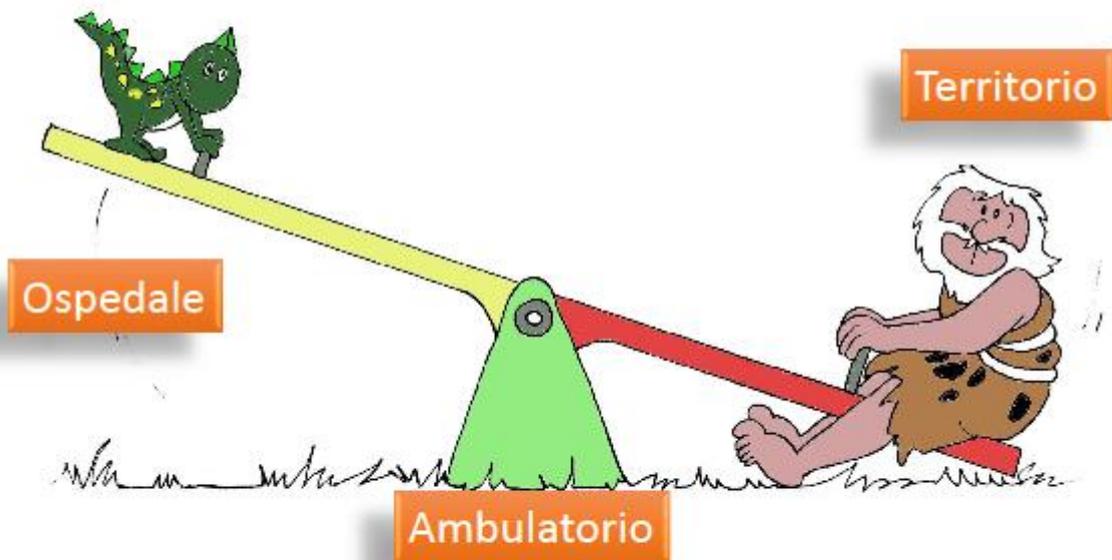
LE PROFESSIONALITÀ DEL CERCHIO MAGICO

1) Medico di Medicina Generale (MMG)

E' una figura fondamentale in quanto gestisce e coordina anche con il Distretto, tutte le fasi extraospedaliere, decide l'invio del paziente in DEA o nell'Ambulatorio dedicato, decide l'apertura della cartella ADI.

L'equipe territoriale (infermiere, caregiver, psicologo, medico delle cure palliative) opera in base alle sue indicazioni e sotto il suo controllo.

A lui devono afferire tutte le informazioni cliniche e relazionali del paziente.



Fonte: <http://www.inuoviquindici.com> modificato

SLIDE 2 - La bilancia

2) Cardiologo dell'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco (Slide 2)

Rappresenta lo snodo fondamentale tra la fase ospedaliera e la fase territoriale, rendendo operante la modulazione delle due fasi.

Seleziona i pazienti eleggibili con criteri rigidi ma obiettivi.

Si interfaccia all'esterno con il MMG e il Distretto, e all'interno, con il DEA, i Reparti di Cardiologia e di Medicina.

Decide, in base ai criteri clinici, la cadenza dei controlli ambulatoriali e quindi degli esami strumentali (ecocardiografia, esami di Laboratorio), contribuendo insieme con il MMG, alla appropriatezza prescrittiva.

L'Ambulatorio dello Scompenso deve avere inizialmente, almeno cadenza settimanale. In base all'aumento dei pazienti selezionati, si può prevedere anche, in seguito, una seconda seduta.

L'organizzazione tipica del lavoro può essere la seguente:

ore 8-12:

Arrivo dei pazienti (max n°4) per prelievo:

- 1) Controllo emocromo, funzione renale, elettroliti, BNP
- 2) Ecocardiografia ad alta risoluzione
- 3) Eventuali consulenze
- 4) Esecuzione del test **Six-Minute Walk**(*) per la valutazione della performance cardio-polmonare
- 5) Visita clinica con conclusioni ed aggiornamento terapeutico: fissazione nuova data per f.u.

ore 13-15: visita pazienti candidati ad essere arruolati, o che necessitano di semplice controllo clinico.

Proprio per il suo ruolo di collegamento, il medico cardiologo dell'Ambulatorio dedicato svolge una serie di funzioni varie e sfaccettate, le quali sono riassunte nella tabella 2).

Il lavoro congiunto, in equipe, di due cardiologi nello stesso Ambulatorio dedicato, consente di arrivare a una più ragionata e articolata valutazione clinica del paziente ambulatoriale, oltre ad assicurare la continuità del servizio erogato.

Si ritiene utile sviluppare anche momenti di contatto telefonico, gestiti dal personale infermieristico dell'Ambulatorio, che in genere sono ben graditi dal paziente. Fondamentale risulta anche attivare un lavoro di counseling, coinvolgendo gli specialisti delle comorbilità più frequenti.

(*) **SMW**: il test del cammino dei 6 minuti, consiste nel misurare la distanza massima che il pz è in grado di percorrere in 6 min e richiede per la sua esecuzione un corridoio di almeno 30 m e un cronometro.

In particolare, per seguire il paziente nel f.u., sarebbe ottimale la collaborazione con lo specialista nefrologo, al fine di rilevare un peggioramento della funzione renale, valutata mediante la misurazione del filtrato glomerulare, condizione questa capace di fa virare drammaticamente il quadro clinico.

Lo strumento per comunicare con il MMG è una scheda riassuntiva sintetica, analoga a quella di dimissione, da affiancare alla relazione clinica analitica.

La scheda contiene per così dire, tutti i dati sensibili clinici del paziente, analoga a quella di dimissione che verrà proposta più avanti e che rimarrà come il cardine di riferimento per successivi f.u..

- 1) Porre o confermare diagnosi di scompenso cardiaco
- 2) Arruolare i pazienti proposti dal MMG
- 3) Arruolare i pazienti dimessi dal reparto di Cardiologia e/o Medicina
- 4) Calendarizzare i controlli
- 5) Informativa e proposta periodica col Distretto territoriale
- 6) Controllo clinico- strumentale dei pazienti calendarizzati
- 7) Controllo telefonico
- 8) Informativa e proposta periodica con MMG
- 9) Porre indicazione a terapia non medica(terapia elettrica)

Tab 2 – Ambulatorio dello scompenso: compiti e attività

3) Medico del DEA

Non deve essere semplicemente il “vigile urbano” del PS. Il suo compito non è solo quello di smistare il paziente in qualche Reparto (in genere dove trova posto), ma di fare un valutazione clinica puntuale con lo specialista cardiologo e, se necessario, anche con l’internista per definire, in base a criteri condivisi (Tab 1) il destino del paziente, non escludendo a priori, proprio il ricovero breve in DEA, quando è possibile ristabilire il quadro emodinamico.

4) Medico ospedaliero (internista, anestesista, cardiologo)

Parliamo in particolar modo dello specialista cardiologo, il quale ha il compito di completare (in caso di trasferimento da altri Reparti) o di gestire la degenza del paziente. Durante questa fase, occorre mettere a punto la terapia ottimale, anche non medica, ed interfacciarsi con il Distretto ed il MMG, nel caso in cui si preveda una apertura di Cartella ADI al momento della dimissione.

In caso di dimissioni ordinarie, il medico di reparto ospedaliero si interfaccia di routine con l'Ambulatorio dedicato e con il MMG.

Lo strumento routinario per comunicare con il MMG, oltre all'analitica, ma dispersiva lettera di dimissione, può essere introdotta una scheda sintetica, ma intuitiva, che rimarrà punto di riferimento anche per successive visite ambulatoriali dedicate (Slide 3).

ASL AL
INFORMAZIONI PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
SUL PAZIENTE DIMESSO DALL'OSPEDALE DOPO UN RICOVERO
PER SCOMPENSO CARDIACO

S.O.C. CARDIOLOGIA OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTONA																		
NOME _____ COGNOME _____ età _____	SCOMPENSO CARDIACO Data ingresso ___/___/___ Data dimissione ___/___/___ De novo <input type="checkbox"/> Riacutizzato <input type="checkbox"/>																	
Peso all'ingresso Kg _____ Peso «secco» alla dimissione Kg _____	Pressione arteriosa alla dimissione: _____ mmHg																	
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Frequenza cardiaca alla dimissione _____ bpm</td> <td style="text-align: center;">FC < 70 bpm</td> <td>Raccomandazione Linee Guida ESC 2012 Scompenso Cardiaco</td> </tr> </table>	Frequenza cardiaca alla dimissione _____ bpm	FC < 70 bpm	Raccomandazione Linee Guida ESC 2012 Scompenso Cardiaco															
Frequenza cardiaca alla dimissione _____ bpm	FC < 70 bpm	Raccomandazione Linee Guida ESC 2012 Scompenso Cardiaco																
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">BNP o NT-pro BNP all'ingresso pg/ml _____</td> <td>* BNP < 250 pg/ml NT-proBNP < 1000</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Basso rischio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">BNP o NT-pro BNP alla dimissione * pg/ml _____</td> <td>* BNP 250-500 pg/ml NT-proBNP 1000-5000</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Medio rischio</td> </tr> <tr> <td></td> <td>* BNP > 500 pg/ml NT-proBNP > 5000</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Alto rischio</td> </tr> </table>	BNP o NT-pro BNP all'ingresso pg/ml _____	* BNP < 250 pg/ml NT-proBNP < 1000	→	Basso rischio	BNP o NT-pro BNP alla dimissione * pg/ml _____	* BNP 250-500 pg/ml NT-proBNP 1000-5000	→	Medio rischio		* BNP > 500 pg/ml NT-proBNP > 5000	→	Alto rischio						
BNP o NT-pro BNP all'ingresso pg/ml _____	* BNP < 250 pg/ml NT-proBNP < 1000	→	Basso rischio															
BNP o NT-pro BNP alla dimissione * pg/ml _____	* BNP 250-500 pg/ml NT-proBNP 1000-5000	→	Medio rischio															
	* BNP > 500 pg/ml NT-proBNP > 5000	→	Alto rischio															
<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Funzionalità renale: VFG (Cockcroft) _____ ml/min</td> <td>eGFR > 60 ml/min</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Basso profilo di rischio</td> </tr> <tr> <td></td> <td>eGFR 30-60 ml/min</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Medio profilo di rischio</td> </tr> <tr> <td></td> <td>eGFR < 30 ml/min</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Alto profilo di rischio</td> </tr> <tr> <td>Iponatriemia NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></td> <td>Iponatriemia</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Alto rischio</td> </tr> </table>	Funzionalità renale: VFG (Cockcroft) _____ ml/min	eGFR > 60 ml/min	→	Basso profilo di rischio		eGFR 30-60 ml/min	→	Medio profilo di rischio		eGFR < 30 ml/min	→	Alto profilo di rischio	Iponatriemia NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Iponatriemia	→	Alto rischio		
Funzionalità renale: VFG (Cockcroft) _____ ml/min	eGFR > 60 ml/min	→	Basso profilo di rischio															
	eGFR 30-60 ml/min	→	Medio profilo di rischio															
	eGFR < 30 ml/min	→	Alto profilo di rischio															
Iponatriemia NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Iponatriemia	→	Alto rischio															
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">ECOCARDIOGRAMMA:</td> </tr> <tr> <td>Frazione d'eiezione VS:</td> <td>Disfunzione diastolica VS:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ridotta (FE <35%)</td> <td><input type="checkbox"/> Assente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conservata (35%<FE<55%)</td> <td><input type="checkbox"/> Grado I (Alterato rilasciamento)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Grado II (Pattern pseudonormale)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Grado III (Pattern restrittivo)</td> </tr> </table>	ECOCARDIOGRAMMA:		Frazione d'eiezione VS:	Disfunzione diastolica VS:	<input type="checkbox"/> Ridotta (FE <35%)	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Conservata (35%<FE<55%)	<input type="checkbox"/> Grado I (Alterato rilasciamento)		<input type="checkbox"/> Grado II (Pattern pseudonormale)		<input type="checkbox"/> Grado III (Pattern restrittivo)	<table border="1"> <tr> <td>ECG:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ritmo sinusale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BBS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pacemaker</td> </tr> </table>	ECG:	<input type="checkbox"/> Ritmo sinusale	<input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale	<input type="checkbox"/> BBS	<input type="checkbox"/> Pacemaker
ECOCARDIOGRAMMA:																		
Frazione d'eiezione VS:	Disfunzione diastolica VS:																	
<input type="checkbox"/> Ridotta (FE <35%)	<input type="checkbox"/> Assente																	
<input type="checkbox"/> Conservata (35%<FE<55%)	<input type="checkbox"/> Grado I (Alterato rilasciamento)																	
	<input type="checkbox"/> Grado II (Pattern pseudonormale)																	
	<input type="checkbox"/> Grado III (Pattern restrittivo)																	
ECG:																		
<input type="checkbox"/> Ritmo sinusale																		
<input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale																		
<input type="checkbox"/> BBS																		
<input type="checkbox"/> Pacemaker																		

Da <http://www.annco.it/area/scienze/scompensocardiaco> modificato

SLIDE - 3: Scheda di dimissione ospedaliera

5) Medico del Distretto

Il medico del Distretto raccoglie informazioni dall'Ambulatorio dedicato e dal Reparto di Cardiologia per predisporre le necessità del paziente nella fase territoriale.

Il MMG, su indicazione dell'Ambulatorio ospedaliero dello Scompenso, o anche di sua propria iniziativa, chiede l'inserimento del paziente per un progetto di assistenza domiciliare. La tipologia dell'assistenza da attivare (SID, ADP, ADI, ADI-UOCP) è concordata insieme al **medico del Distretto** sulla base dei bisogni sanitari del paziente. Contestualmente si procede alla definizione di un **piano assistenziale individuale** (PAI) che deve tener conto delle indicazioni provenienti dall'Ambulatorio dello scompenso o in alternativa da un'altro specialista interno o esterno all'Azienda.

In particolare, nel PAI saranno indicati:

- Tipologia professionale degli operatori coinvolti (MMG, medico specialista, infermiere professionale o altro operatore);
- Frequenza degli interventi a domicilio di tutti gli operatori interessati;
- Eventuale arruolamento presso Ambulatorio cardiologico dello scompenso di riferimento, o in alternativa, indicazione del cardiologo interno o esterno all'Azienda dal quale il paziente è seguito;
- Tipologia e frequenza dei parametri da monitorare e indicazioni terapeutiche da eseguire al domicilio.

Il Distretto sanitario, tramite gli operatori del servizio ADI, si fa carico di assicurare l'attuazione del PAI concordato. Il personale ADI inoltre, su istruzione del MMG, attua la corretta esecuzione delle indicazioni terapeutiche e delle eventuali norme dietetiche relative allo stile di vita, alle quali si deve sottoporre il paziente.

Il servizio ADI, in base alle necessità e su richiesta del MMG, esegue i prelievi ematici a domicilio e organizza il trasporto del paziente per le visite

ambulatoriali di controllo programmate e per l'esecuzione di esami diagnostico strumentali.

La tipologia dell'intervento domiciliare per ogni paziente (SID, ADP, ADI, ADI-UOCP) deve essere modulata sulla base delle esigenze clinico-assistenziali presenti in un dato momento e quindi, legate alla gravità del quadro clinico-strumentale. Pertanto, è necessario attuare una valutazione periodica degli interventi.

LEGENDA:

SID: Assistenza domiciliare infermieristica

ADP: Assistenza domiciliare programmata

ADI: Assistenza domiciliare integrata

UOCP: Unità operativa cure palliative

6) Equipe territoriale

La componente assistenziale del territorio è predominante rispetto a quella tecnologica.

INFERMIERE DISTRETTUALE

Un ruolo essenziale nel passaggio del paziente dal ospedale al territorio spetta all'infermiere (CPSI) distrettuale in funzione di *case manager*. Quest'operatore, insieme al medico del Distretto, costituisce il *nucleo distrettuale di continuità di cure* (NDCC). Su richiesta del reparto, il nucleo intercetta il paziente quando è ancora ricoverato e favorisce la sua presa in carico nel territorio. Di concerto col MMG e col medico del reparto, viene valutata la possibilità di un'assistenza domiciliare oppure, nel caso in cui non ve ne siano i presupposti, si organizza l'inserimento temporaneo del paziente in una struttura residenziale per un periodo di continuità assistenziale. L'infermiera distrettuale, ancora durante il ricovero, predispone la fornitura dei presidi (es. letto ortopedico, ossigenoterapia) necessari per l'assistenza e la cura del paziente dopo la dimissione. Nel caso di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco, eleggibili per l'arruolamento presso l'Ambulatorio dello scompenso, organizza il passaggio in ADI, in attesa di una valutazione del cardiologo.

INFERMIERE DEL SERVIZIO ADI

È l'infermiere (CPSI) che assiste il paziente a domicilio ed esegue le indicazioni contenute nel PAI. In caso di pazienti con scompenso cardiaco, raccoglie i parametri indicati per il monitoraggio clinico (Slide 4), che saranno poi trasmessi al MMG. Un infermiere coordinatore (CPSE) organizza complessivamente l'attività infermieristica domiciliare. Le indicazioni terapeutiche e assistenziali per ogni paziente domiciliare sono di esclusiva pertinenza del MMG.

INFERMIERE DI FAMIGLIA (IF)

I modelli avanzati di gestione delle patologie croniche, tra le quali lo Scompenso cardiaco, prevedono la promozione di interventi (medicina proattiva o di iniziativa) finalizzati a modificare lo stile di vita all'interno delle famiglie. In quest'ambito, un ruolo determinante è svolto dall'infermiere di famiglia o di comunità. Questa figura professionale, su segnalazione del MMG, può intercettare i pazienti con scompenso agli esordi della malattia, o addirittura in fase pre-clinica, quando siano presenti numerosi fattori di rischio, tra i quali la familiarità, il diabete e l'ipertensione arteriosa. L'intervento dell'IF è volto proprio a cercare di modificare lo stile di vita del paziente, per ridurre al minimo la possibile evoluzione del quadro clinico.

I percorsi educativi che questa figura professionale deve intraprendere sono legati ai diversi aspetti della patologia: riconoscimento precoce dei segni e dei sintomi, corretta e puntuale assunzione dei farmaci, controllo costante del peso corporeo, alimentazione corretta con dieta iposodica, esercizio fisico per evitare il decondizionamento muscolare. Risulta in ogni modo essenziale che il suo apporto sia sempre guidato dal MMG. Una volta identificati i confini del suo intervento, l'azione dell'IF non interferisce con quella dell'infermiere ADI, al quale spettano compiti di assistenza e monitoraggio del paziente già arruolato nel Ambulatorio dello scompenso ed in assistenza domiciliare.

PSICOLOGO

Un ruolo importante nella gestione del paziente con scompenso è da attribuire alla figura dello psicologo. Infatti, un adeguato supporto psicologico può determinare nell'individuo una graduale accettazione delle

sue condizioni nelle varie fasi della malattia, compresa la fase terminale. Lo psicologo interviene su richiesta del MMG, quando questi ne ravvisi la necessità. È preferibile tuttavia che il supporto psicologico non inizi tardivamente; lo psicologo infatti deve riuscire a entrare in relazione non solo col paziente ma anche col suo nucleo familiare. I parenti devono arrivare con gradualità a comprendere come sia preferibile la cura in casa del loro congiunto, fino all'esito finale, evitando i ripetuti e inutili ricoveri in ospedale.

MEDICO PALLIATIVISTA

Come è stato ricordato, lo scompenso cardiaco è una malattia cronica a prognosi infausta, con una mortalità in fase avanzata comparabile a quella della malattia neoplastica in fase metastatica. Il medico palliativista interviene su richiesta del MMG, quando questi ne ravvisi la necessità, nei casi in cui si siano notevolmente ridotti gli spazi terapeutici del paziente. Lo specialista della palliazione può limitare il suo intervento al carattere della consulenza oppure, in accordo col MMG, ravvisare la necessità di un inserimento organico del paziente in cure palliative (ADI-UOCP), modificando così la tipologia dell'assistenza domiciliare (ADI) già attivata in una fase precedente. La presa in carico da parte dell'unità operativa di cure palliative (UOCP) è finalizzata a favorire l'assistenza terminale del paziente al suo domicilio, fino all'inevitabile esito terminale. L'UOCP opera in stretto contatto col MMG, e si avvale del contributo dello psicologo.

STRUMENTI

Li possiamo dividere in:

- a) strumenti per il passaggio di informazione;
- b) strumenti per operare;
- c) strumenti per controllare e monitorare il lavoro svolto

Strumenti per il passaggio di informazione

Ne abbiamo già parlato sopra.

Fondamentalmente, bisogna fare uso degli strumenti classici cartacei (lettera di dimissione, referto di f.u., scheda riassuntiva), ma usare anche gli strumenti della tecnologia informatica per essere più rapidi e diretti nei collegamenti

Strumenti per operare

Lo strumento fondamentale ed imprescindibile che deve essere presente nell'Ambulatorio dedicato è l'ecocardiografo: fondamentale per l'arruolamento dei pazienti, per il monitoraggio e per dare le corrette indicazioni per la terapia non convenzionale, tipo la terapia elettrica.

E' auspicabile la dotazione di dispositivi medici strumentali in grado di dialogare tra di loro, anche per potere eseguire procedure diagnostiche più sofisticate, tipo **l'analisi tissutale**: ciò è possibile anche con un procedura di post-processing, trasferendo i dati dalle diverse macchine.

Gli strumenti per correttamente operare in ambito domiciliare sono i seguenti:

- 1) Bilancia per il controllo del peso
- 2) Ossimetro per la valutazione della saturazione di O₂
- 3) Apparecchio per la misurazione della PA
- 4) Contenitore di urine per la valutazione della diuresi delle 24 ore

I valori dei parametri sopra elencati, vanno confrontati di volta in volta con i parametri riscontrati la volta precedente o i parametri del **punto zero**, intendendo come punto zero i dati della dimissione (slide 3).

Sulla apposita scheda Excell (Slide 4) l'infermiera ADI annota l'andamento di tutte le variabili, ricavandone curve attuariali, che meglio evidenziano il cambiamento del quadro clinico nel tempo monitorato.

Tutto ciò servirà per fare un calcolo, anche solo approssimativo, delle necessità di intervento domiciliare periodico del MMG, per il singolo paziente e, di conseguenza, delle reali necessità di utilizzo dell'Ambulatorio cardiologico dedicato.

Strumenti per controllare e monitorare il lavoro svolto (Tab 3)

Si tratta dei cosiddetti indicatori, ovvero, le variabili quantitative e i parametri qualitativi che identificano e permettono di monitorare l'attività presa in esame. I dati ottenuti, saranno utilizzati durante le sedute di audit. Abbiamo diversi tipi di indicatori:

1)Indicatori di struttura:

- a) Ambulatorio: è fondamentale che tutte le SOC di Cardiologia di dotino di un Ambulatorio dedicato e che all'interno di questo operino almeno due unità mediche, possibilmente in contemporanea, anche per garantire la continuità del servizio durante tutto l'arco dell'anno. Almeno una unità infermieristica deve essere addestrata per operare all'interno dell'Ambulatorio, possibilmente con rotazioni periodiche e programmate.
- b) Ecocardiografo: ne abbiamo già parlato sopra. Ribadiamo che è lo strumento fondamentale per arruolare i pazienti, per stadiare la malattia e per indicare gli indirizzi terapeutici.

Deve passare il messaggio per un cambio di cultura: non ci si deve più affidare soltanto all'aspetto clinico (Classe NHYA) ma ad un dato più oggettivo e riproducibile, al fine di non commettere errori di sovra o sottostima.

2)Indicatori di processo

- a) valutazione della funzione sistolica ventricolare: standard =>75%
- b) uso di farmaci
 - Ace-inibitori (Sartani): standard =>85%
 - Beta-bloccanti: standard =>50%
 - Ivabradina: standard =>50%
 - Anticoagulanti orali (in caso di f.a.): standard =>85%
- c) educazione del paziente: standard =>90%

3)Indicatori di esito

- a) riduzioni accesso in DEA
- b) riduzioni ricoveri
- c) riduzioni decessi ospedalieri (per i diversi profili di rischio del paziente)
- d) riduzione visite e prestazioni strumentali all'interno dell'Ambulatorio cardiologico dello Scopenso

Si precisa che le valutazioni statistiche sugli indicatori 2) e 3), sono naturalmente solo a carico dei pazienti arruolati all'interno dell'Ambulatorio dello Scopenso, considerata la numerosità ad un **punto zero** che sarà da definire in base all'organizzazione delle diverse realtà aziendali.

Indicatori di struttura	Rappresentazione
Presenza di ambulatorio specialistico dedicato	Numero di ambulatori attivati per ogni S.O.C.
Dotazione di ecocardiografo	Numero dispositivi strumentali / SOC

Indicatori di processo	Standard
Valutazione della funzione sistolica ventricolare	≥75%
Uso ACEI o ARB	≥85%
Uso β-bloccanti	≥50%
Uso Ivabradina	≥50%
Terapia anticoagulante in fibrillazione atriale	≥85%
Educazione sanitaria del paziente	≥90%

Indicatori di esito	Rappresentazione
Accessi in DEA	Numero accessi DEA/ 30, 90, 180 giorni
Ricoveri ordinari	Numero ricoveri/ 30, 90, 180 giorni
Mortalità ospedaliera	Mortalità ospedaliera stratificata
Visite ambulatoriali	Amb. Dedicato:riduzione numerosità a 180/360 gg dal punto zero
Prestazioni strumentali ambulatoriali	Amb. Dedicato:riduzione numerosità a 180/360 gg dal punto zero

Tab 3 - Indicatori

Conclusioni

Tutto ciò che sopra abbiamo tracciato in maniera analitica, non nasce da iniziativa unilaterale, ma da un paziente lavoro di equipe tra il Gruppo di lavoro, i Responsabili delle SOC di Cardiologia della nostra Azienda e i Responsabili dei Distretti.

Dai Distretti bisognerà ripartire per dare pratica, omogeneità e soprattutto fattibilità alle pur buone intenzioni, superando le inevitabili incrostazioni delle gestioni locali.

La regola generale che si evince da questo percorso è quella di non dare regole cogenti e blindate.

Questo non rappresenta un paradosso, ma un modo innovativo ed attuale di affrontare la problematica dello SCOMPENSO CARDIACO, in maniera tale che tutti gli attori in campo, in modo particolare il MMG, sentano l'importanza e l'unicità del loro momento decisionale per quanto riguarda alcune tappe fondamentali, quali la proposta di visita specialistica, la proposta di apertura cartella ADI e la proposta di ricovero ospedaliero.

Nel raggiungere i due principali obiettivi (appropriatezza prescrittiva e riduzione ricoveri) raggiungiamo anche il terzo, che è poi quello più importante: accompagnare passo-passo il paziente nel decorso della sua malattia, dal momento della diagnosi, al momento delle ricadute, fino al momento della inevitabile esito, evitandone l'abbandono o, al contrario, le troppe paternità. In una frase, sempre mai scontata: migliorarne la qualità di vita.

Gli sviluppi della telemedicina (esecuzione di elettrocardiogramma al letto del paziente ecc) devono ancora dimostrare gli specifici benefici legati alla patologia in oggetto: al momento, riteniamo che l'approccio clinico combinato tra personale sanitario (ospedaliero e territoriale) e le possibili figure di caregiver familiari, garantisca i migliori risultati in termini di sopravvivenza e di miglioramento della qualità della vita.

Rimane aperta la tematica del rapporto con l'ASO di Alessandria e il territorio che insiste su di essa.

Stiamo parlando di circa 140.000 abitanti, a fronte di una popolazione totale della Provincia di Alessandria di circa 440.000 abitanti.

È impensabile una disparità di trattamento nel campo di questa patologia cronica ed invalidante per circa 1/3 della popolazione provinciale. Bisogna attivarsi tutti quindi affinché sia il livello operativo-sanitario, sia il livello amministrativo–decisionale, sanino rapidamente questo gap organizzativo e di percorso.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012
European Heart n Journal, 2012**
- 2) Percorso integrato di cura dello scompenso cardiaco:ARESS PIEMONTE (2009)**
- 3) Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the diagnosis and management of Heart failure in adults (2009)**
- 4) Linee-guida sullo scompenso cardiac (ANMCO, SIC, ANCE) (2000)**
- 5) Consensus conference.Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco
G Ital Cardiol 2006;7:383-432**
- 6) Berry C, Murdoch DR, MC Murray JJV:Economics of chronic heart failure.
Eur J Heart fail 2001;3:383-291**
- 7) Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, et al: The epidemiology of heart failure: the Framingham study.
J Am Coll Cardiol 1993; 22 (Suppl A)6-13A**
- 8) Guazzi M,Dickstein K,Vicenzi M,Arena R: Six-minute walk test and cardiopulmonary exercise testing in patients with chronic heart failure : comparative analysis on clinical and prognostic insight
Cic.Heart Fail 2009,2:549-55**