

Progetto “Percorso Assistenziale per la gestione dello Scompenso Cardiaco”

A cura della Rete Orizzontale Cardiologica del PSR 2009-2011.

Coordinatore Raffaele Griffo; gruppo di lavoro: Paolo Bellotti, Michele Brignole, Francesco Chiarella, Piero Demicheli, Stefano Domenicucci, Gianfranco Mazzotta, Fiorenzo Miccoli, Giancarlo Passerone, Paolo Spirito, Fabio Stellini

Premessa

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una sindrome clinica, punto di arrivo comune delle principali malattie cardio-vascolari: cardiopatia ischemica, ipertensiva, valvolare, cardiomiopatie. Esso rappresenta il modello paradigmatico delle patologie croniche che oggi costituiscono una sfida per i servizi sanitari dei paesi occidentali. La sua prevalenza, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e dei progressi delle tecnologie biomedicali che hanno trasformato le sindromi cardiologiche acute da malattie rapidamente letali in patologie a lunga sopravvivenza, sta assumendo un andamento epidemico, generando una crescente popolazione bisognosa di terapie croniche e di regolari controlli. La contestuale transizione epidemiologica da quadri di monopatie acute a rapida risoluzione all’esplosione di comorbidità multiple in pazienti sempre più anziani, incrementa inesorabilmente la complessità assistenziale e l’assorbimento di risorse, mettendo a rischio l’efficacia delle cure e la sostenibilità della spesa sanitaria ove il sistema non si dimostri pronto a fronteggiare questa trasformazione.

La continuità assistenziale è individuata come strumento fondamentale per una corretta gestione dello SC che per la sua caratteristica di malattia cronica con riacutizzazioni più o meno frequenti e talora imprevedibili richiede un’assistenza continua con livelli di complessità differenziati e non uniformemente progressivi in tutto l’arco della sua evoluzione, dai primi sintomi alle fasi terminali.

Molte survey hanno documentato come, nel nostro Paese, in gran parte dei pazienti, sia dopo un ricovero ospedaliero per SC che nel successivo percorso sul territorio, non sia previsto alcun programma di continuità assistenziale. Questo percorso presuppone, per essere efficace, una personalizzazione in particolare nel momento in cui avviene il passaggio del paziente dall’ospedale, luogo ove nella grande maggioranza dei casi viene posta la diagnosi, al territorio, situazione nella quale si svolgerà gran parte la sua storia clinica. Questo passaggio è strategico in quanto consente un’attenta valutazione del rischio individuale, propedeutico all’impostazione di un corretto e rigoroso percorso diagnostico e terapeutico.

Esiste pertanto la necessità di una guida chiara, e possibilmente evidence-based, su come individuare in questo momento di transizione i pazienti a complessità e a rischio differente, elementi che certamente non si possono ridurre ad un numero “magico” proveniente da uno o più

dati di laboratorio, ma che devono risultare dalla valutazione complessiva e multiparametrica del singolo paziente.

Purtroppo su questo punto anche le più recenti linee guida, aldilà della constatazione di come i benefici derivanti dalla sorveglianza attiva (qualunque sia la modalità scelta) del paziente con SC siano chiari ed evidenti soprattutto in termine di riduzione di re-ospedalizzazioni, non sono conclusive e soprattutto non forniscono elementi evidence-based su modelli di valutazione e stratificazione nei pazienti del mondo reale (caratterizzato dalla forte prevalenze di anziani, spesso di sesso femminile, con co-morbilità, con disfunzione diastolica piuttosto che sistolica) e se li forniscono, si limitano all'analisi delle sole variabili cardiache, ignorando comorbilità e condizioni socio-economiche complessive. Ancora, non sono presenti dati conclusivi in letteratura che consentano, una volta stratificato il rischio, di identificare quale sia poi il successivo percorso diagnostico terapeutico più efficace.

Sulla base di quanto esposto, risulta evidente che non è proponibile un singolo modello di continuità assistenziale e di percorso diagnostico-terapeutico, ma una serie di essi, basati sulle caratteristiche della popolazione, sulla effettiva praticabilità, sulle risorse disponibili e sulla sostenibilità.

Epidemiologia Regionale

La prevenzione e il miglioramento delle cure hanno determinato una riduzione dell'incidenza ed un miglioramento della prognosi anche se lo SC rimane una sindrome clinica ad alto impatto sulla sopravvivenza: la mortalità dei pazienti è 6-7 volte superiore a quella della popolazione generale di pari età e solo il 35% dei pazienti è vivo a 5 anni dalla prima diagnosi. La prevalenza è, come già ricordato, molto rilevante e in forte crescita con pesanti ripercussioni sulla qualità della vita e sull'assorbimento di risorse: i costi diretti dello SC rappresentano circa il 2% della spesa sanitaria globale, per il 70-80% ospedaliera (lo scompenso cardiaco è la prima causa medica di ricovero nel nostro Paese e il 30% delle ospedalizzazioni è rappresentato da ricoveri ripetuti).

Nella nostra regione è stato possibile rilevare con il Progetto **NOCCHIERO** la reale prevalenza dello SC nel 2009: la popolazione affetta è risultata di **24.633 pazienti**, con una prevalenza, su una popolazione residente di 1.615.986, del **15,2 per mille**, superiore a quella - 11,9 per mille - riscontrata in un analogo ampio data-base italiano del 2005 (relativo a 10.365.901 abitanti), citato dal documento di Consenso dell'ANMCO..

3536 di questi pazienti (pari al 14.35% di tutti i pazienti con SC) sono classificabili in stadio D (scompenso cardiaco avanzato) secondo la classificazione proposta dall'ACC/AHA (v. figura 1), e sono stati identificati come pazienti che hanno avuto più di un ricovero in dodici mesi o più di 3

negli ultimi cinque anni con diagnosi principale “scompenso cardiaco”. La letalità osservata in questo gruppo è stata del 21.7%. L’analisi delle diagnosi secondarie consente di riscontrare un’associazione con le varie forme di cardiopatia ischemica (infarto miocardico in atto o pregresso, rivascolarizzazione miocardica, forme croniche di ischemia) in oltre il 54% del totale, nettamente superiore a quella osservata in associazione con le diagnosi di diabete e/o cardiopatia ipertensiva e/o nefropatia ipertensiva (19.4%), con una relativa maggiore mortalità (vedi Tabella I). Significativa è risultata la percentuale di pazienti con SC e necessità di terapia anticoagulante orale (14.9%, dato ricavato dall’analisi dei consumi farmaceutici e delle prestazioni).

21.097 pazienti (pari al 85.65% del totale) sono classificabili in stadio C (cardiopatia nota e sintomi attuali o pregressi di SC), identificati come i pazienti che hanno avuto solo un ricovero in dodici mesi consecutivi o comunque meno di 3 negli ultimi cinque anni con diagnosi principale “scompenso cardiaco”, oppure (escludendo ovviamente i pazienti già identificati dalle diagnosi principali delle SDO) individuati con la diagnosi secondaria di scompenso o attraverso l’analisi delle esenzioni per scompenso cardiaco o dall’associazione tra: esecuzione di ecg + esecuzione di ecocardiogramma + assunzione di diuretici non in associazione + betabloccanti + farmaci attivi sul sistema RAA (ACE inibitori/Sartani). Questa popolazione in stadio C dimostra una letalità del 19.2% e una frequente associazione (in circa il 33.3% dei casi) con le varie forme di cardiopatia ischemica (entrambe però lievemente inferiori rispetto al gruppo in stadio D), e presenta necessità di terapia anticoagulante orale in circa il 17% della popolazione complessiva (vedi Tabella II).

Si sottolinea come rispetto al data base italiano, la mortalità in entrambi i gruppi (C e D) sia superiore a quanto riportato a livello nazionale (15.4%), verosimilmente per l’età più avanzata dei pazienti liguri, e come l’etiopatogenesi prevalente nella nostra regione sia quella ischemica.

Il consumo di risorse è molto elevato con mediamente più ricoveri in un anno: dai dati **NOCCHIERO** (vedi Tabelle III e IV rispettivamente per gli stadi D e C) da 0.6 a 1.7 ricoveri/anno per paziente (il valore massimo nello stadio D con associata diagnosi di cardiopatia ischemica acuta), con ricoveri superiori a 1 all’anno nel 70% dei casi. Il tasso di re-ospedalizzazione nazionale e regionale (dati della survey OSCUR) è del 40% a sei mesi dalla dimissione. Elevato è anche l’utilizzo del Pronto Soccorso da 0.7 a 3.3 volte l’anno per paziente (con forte prevalenza di accesso tramite 118). Il percorso (vedi Tabella III e IV) è contraddistinto anche da un basso numero di prestazioni strumentali specialistiche e, per converso, da un numero di visite annue molto elevato, comprese tra 2.4 e 5.8 per paziente, anche se va sottolineato che fatta 100 la spesa sanitaria per lo SC, essa assorbe solo il 30% dei costi mentre quella ospedaliera ne assorbe, come già ricordato, circa il 70%.

Come era ragionevole attendersi, forte è l'impatto delle co-morbilità non cardiologiche nello stesso paziente (vedi Tabella V), in particolare un terzo dei pazienti con SC ha almeno una comorbilità, con una forte associazione in particolare con le broncopneumopatie croniche ostruttive e il diabete.

Analisi delle criticità nel percorso attuale di assistenza al paziente con SC

La continuità assistenziale è, come già ricordato, uno degli elementi fondamentali per la corretta gestione dello SC. Le principali cause della sua assente implementazione sono numerose e correlate a:

- 1) problemi insiti nella Rete ospedaliera cardiologica-internistica che si occupa di questo paziente in alcuni momenti ineludibili della sua storia clinica: se infatti l' "offerta" ospedaliera nella nostra Regione è adeguata in meri termini numerici, essa si presenta con modalità organizzative e strutture sanitarie assai variegata, con assenza o inefficienza o non coordinamento dei percorsi sia intra- che extra-ospedalieri, con standard di qualità di cura molto disomogenei, con un modesto sviluppo di ambulatori dedicati, con una formazione culturale dei professionisti medici e non medici molto eterogenea. Tutto questo si aggiunge all'assenza nella nostra Regione di strutture chiaramente identificate per la cura dello SC avanzato e per il percorso Trapianto/VAD, di altre evidenti specializzazioni dei nodi della Rete, di modelli organizzativi come la tele-sorveglianza e programmi domiciliari (già validati in termini di efficacia-efficienza) per i pazienti ad alto rischio di re-ospedalizzazione;
- 2) insufficiente comunicazione tra ospedale e medico di famiglia con una mancata definizione di una lettera di dimissione standardizzata (con indicazioni non equivoche sul successivo percorso) in assenza di ICT;
- 3) problemi propri della Rete di assistenza primaria. Il ruolo del MMG è infatti essenziale nella gestione di gran parte dei paziente con SC (stadio A, B e C stabili) con una sua completa autonomia su un percorso basato principalmente su controlli periodici focalizzati sul coinvolgimento attivo del paziente e del suo care-giver, sul costante adeguamento della terapia in termini di tipo e dosaggio dei farmaci, sulla verifica della stabilità clinica e sull'identificazione precoce di peggioramento della malattia. Purtroppo nel mondo reale, molteplici fattori contribuiscono a rendere poco efficace il suo intervento, in particolare:
 - per la relativa marginalità in termini di prevalenza dello SC nel lavoro del MMG;
 - per una gestione individualistica dei problemi piuttosto che la pratica del lavoro in Team;

- per il coinvolgimento multispecialistico in una buona parte dei pazienti con SC, non solo per le co-patologie, ma spesso per i diversi aspetti della patologia cardiaca con interferenze di ambulatori cardiologici superspecialistici (come quello aritmologico-devices, quello per gli ischemici ecc.) con assenza di visione sistemica ed intervento sul singolo problema, indicazioni terapeutiche e follow-up non sempre coerenti o coordinati tra loro, che generano confusione nel MMG e accentuano la tentazione della delega totale allo specialista;
- per l'oggettiva cessazione di un supporto specialistico quando il malato diviene intrasportabile (malato fragile o complesso);
- per la forte disomogeneità nella preparazione e nell'interesse dei MMG nei confronti dello SC;
- per l'ampia variabilità delle forme di organizzazione della medicina generale sul territorio;
- per carenza e/o impreparazione del personale infermieristico negli studi dei MMG, professionalità sanitaria indispensabile per la formazione/empowerment/controllo del paziente e dei care-givers

A tutto ciò si unisce la sostanziale mancanza di altri attori rilevanti nel percorso territoriale del paziente con SC, dal Distretto ai servizi sociali, in assenza di un'assistenza integrata e di tipo multidisciplinare.

Obiettivo generale del Progetto

Questo progetto si propone di definire ed implementare il percorso assistenziale di gestione integrata del paziente con SC tra il MMG, l'infermiere, l'assistente sociale, il cardiologo, l'internista e altri specialisti. Lo scopo è attuare un programma di intervento che assicuri un adeguato e costante monitoraggio delle condizioni delle persone affette da SC che persegua la prevenzione delle possibili complicazioni ed evoluzioni della sindrome e l'ottimizzazione della cura al fine di consentire significativi miglioramenti della sopravvivenza e della qualità della vita e un più razionale utilizzo delle risorse.

Il modello di riferimento è Chronic Care Model, con un elevato coinvolgimento informato dei pazienti (essenziale in una patologia come lo SC in cui la mancata aderenza alle cure e allo stile di vita raccomandato è la causa principale di instabilizzazione), con la realizzazione della medicina pro-attiva e con una presa in carico del paziente per la globalità dei suoi bisogni.

Obiettivi specifici

- Assicurare la continuità assistenziale, implementando un'assistenza integrata e multidisciplinare

- Favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità della vita
- Educare e supportare i pazienti e i familiari/care-givers trasmettendo anche competenze per l'autonomia di interventi
- Migliorare l'aderenza ai farmaci e al corretto stile di vita
- Ritardare la progressione dello SC e della cardiopatia
- Individuare in modo precoce il rischio di instabilizzazione
- Garantire un accesso appropriato e tempestivo ai vari livelli di complessità di assistenza, con impiego corretto e sequenziale della diagnostica strumentale e delle opzioni terapeutiche interventistiche
- Assicurare un percorso appropriato nelle strutture per acuti in caso di necessità di ricovero
- Garantire le modalità di assistenza più adeguate, evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in altra struttura e all'accesso in Pronto Soccorso,
- Mantenere le persone, anche non autosufficienti, al proprio domicilio
- Garantire un percorso di cure palliative per i casi più gravi (SC avanzato, refrattario, intrattabile)
- Migliorare la soddisfazione per l'assistenza

Il modello di Percorso integrato Ospedale-Territorio

Per assicurare sicurezza, efficacia ed efficienza nel management del paziente con SC, tutte le Linee Guida del settore sottolineano la criticità del momento della dimissione: il paziente deve essere rinvio al suo MMG solo:

- a) dopo un'adeguata valutazione clinica (dalla definizione dell'eziopatogenesi, della classe funzionale NYHA, alla precisazione dello stadio di malattia con, se fattibile, il valore basale-dry BNP o NT-proBNP)
- b) in condizioni di stabilità clinica (peso, farmaci e loro posologia, sintomi, controllo PA e FC, comorbilità) da almeno 72 ore,
- c) autonomo o almeno adeguatamente valutato sulle autonomie delle sue attività quotidiane,
- d) correttamente informato (sia il paziente che il care-giver) sul monitoraggio del peso, sull'introito di liquidi e alimentazione, sui farmaci (dosi, effetti collaterali e aderenza), sul livello di attività fisica eseguibile in sicurezza, sul riconoscimento dei sintomi di allarme.

E' indispensabile anche la valutazione del supporto familiare e sociale e la trasmissione di una adeguata lettera di dimissione per il MMG. In essa dovrebbero essere fornite anche indicazioni sulla probabile etiopatogenesi dello SC, sulla prognosi, sui fattori precipitanti l'instabilizzazione causa del ricovero, sulla successiva titolazione dei farmaci e sulle norme di prevenzione della progressione della patologia di base. Infine, ma non ultimo, il paziente e il suo MMG devono essere informati sul programma di follow-up previsto in base al rischio clinico.

Il momento della dimissione appare quindi la fase più delicata e significativa della degenza per SC e l'equipe medico-infermieristica deve assicurarvi la massima attenzione e cura, considerando anche che, sulla base dell'analisi di tutta la letteratura scientifica, appare essere l'intervento più rilevante per traguardare la riduzione delle ospedalizzazioni, della morbilità e della mortalità e per perseguire il miglioramento della qualità della vita.

Il percorso proposto inizia pertanto proprio alla dimissione del paziente dai reparti di medicina o cardiologia per acuti, con l'elaborazione da parte del personale medico e infermieristico di uno score di rischio sia clinico che socio-sanitario come strumento di personalizzazione del successivo percorso assistenziale.

Dai dati della letteratura e coniugando semplicità con efficacia si propone alla dimissione del paziente il seguente **score clinico** (*Cardiovascular Medicine-Heart Failure score, Senni et al AJC 2006;98:1076*), eseguito dal medico/infermiere del reparto di dimissione:

Valutazione rischio cardiaco:	punteggio
No betabloccanti	1
No ACE/ARBs	1
Classe NYHA III-IV	4
FE <20%	2
Valvulopatia severa	2
Fibrillazione Atriale	1
Valutazione rischio non cardiaco:	
Età	1 per ogni decade >40
Anemia (hb <12)	1
Ipertensione Arteriosa	1
BPCO	1
Diabete complicato	2
Insuff. Renale moderata-grave (FG <60)	2
Tumore metastatizzato	6

Questo indice identifica classi di rischio clinico con tassi di mortalità molto differenti:

1. basso: score < 6 (mortalità ad un anno del 4%)
2. medio: score 6-11 (mortalità ad un anno del 32%)

3. alto-molto alto: score 12-16 (mortalità ad un anno del 63%) e ≥ 17 (mortalità ad un anno del 93%)

Una volta inquadrato il rischio clinico (RC) in una delle 3 classi, è previsto un programma di continuità assistenziale personalizzato che prevede:

Per il paziente a RC basso:

- controllo clinico entro 7 gg dalla dimissione da parte del **MMG** e successivamente a tre e a sei mesi,
- follow-up telefonico mensile da parte di **IP di studio MMG**, volto in particolare su educazione terapeutica, aderenza ai farmaci/stili di vita e sui controlli autogestiti dal pz (peso, introito liquidi, PA e FC), con somministrazione annuale di questionario sulla Qualità della vita
- controllo a 30 gg dalla dimissione da parte del **reparto ospedaliero di degenza (se reparto di Medicina Generale controllo presso la cardiologia di riferimento)**, necessario anche per completare le azioni diagnostiche, valutative, terapeutiche iniziate in degenza,
- esecuzione di ECG a un anno,
- esecuzione di esami del sangue (emocromo, glicemia, funzione renale ed epatica) ogni 6 mesi per il primo anno o comunque in caso di rilevanti modificazioni terapeutiche o di eventi clinici significativi,
- controllo cardiologico clinico o strumentale (questi ultimi a discrezione dello specialista con agende dedicate) solo nel caso di comparsa di complicanze o significative variazioni cliniche o di difficoltà di titolazione terapie o comunque entro un anno.

Per il paziente a RC medio:

- controllo clinico entro 7 gg dalla dimissione da parte del **MMG** e successivamente mensile per i primi sei mesi,
- follow-up telefonico da parte del **MMG** settimanale per il primo mese, volto a sincerarsi sulla stabilità clinica,
- successivo follow-up telefonico mensile da parte di **IP di studio MMG** volto in particolare su educazione terapeutica, aderenza ai farmaci/stili di vita e sui controlli autogestiti dal pz (peso, introito liquidi, PA e FC), con somministrazione annuale di questionario sulla Qualità della vita

- controllo a 30 gg dalla dimissione **da parte del reparto ospedaliero di degenza (se reparto di Medicina Generale controllo presso la cardiologia di riferimento)**, necessario anche per completare le azioni diagnostiche, valutative, terapeutiche iniziate in degenza e semestrale per il primo anno.
- Se il paziente dopo 6 mesi è stabile, successivi controlli come per i pz a rischio basso. Se persiste instabilità, cogestione con la cardiologia di riferimento.

Per il paziente a Rischio alto:

- controllo clinico entro 3 gg dalla dimissione da parte del **MMG** e successivamente settimanale per il primo mese,
- follow-up telefonico mensile da parte di **IP di studio MMG** volto in particolare su educazione terapeutica, aderenza ai farmaci/stili di vita e sui controlli autogestiti dal pz (peso, introito liquidi, PA e FC), con somministrazione semestrale di questionario sulla Qualità della vita
- controllo a 15 gg dalla dimissione da parte del **reparto ospedaliero di degenza (se reparto di Medicina Generale presso la cardiologia di riferimento)**, con presa in carico nei pz con SC avanzato candidabili a devices (ICD, RCT, assistenza ventricolare VAD) o a trapianto.
- successivo programma diagnostico-terapeutico-assistenziale individualizzato, in cogestione tra MMG e specialista cardiologo individuato (ospedale, territorio) con l'attivazione delle Cure Palliative per SC avanzato, refrattario e intrattabile..

Come già ricordato il semplice score di rischio clinico non è sufficiente ad identificare i bisogni assistenziali della persona affetta da SC, essi ne sono anzi spesso del tutto indipendenti. E' pertanto necessario valutare al momento della dimissione questo bisogno, che può essere pesato attraverso semplici indicatori che abitualmente sono già utilizzati dal personale sanitario **infermieristico**:

- a. Barthel per la valutazione delle autonomie (cut-off su 100: <50; >50-70; >70)
- b. SPSMQ per la valutazione dello stato cognitivo (cut-off su 10: ≤2; ≥3; ≥5)
- c. N° di Ricoveri negli ultimi 12 mesi

Attraverso l'utilizzo di questi strumenti si possono agevolmente identificare pazienti a bassa, media ed elevata autosufficienza. L'ulteriore integrazione con un semplice score **socio-sanitario** di valutazione della situazione familiare e socio-ambientale del paziente (attraverso una semplice

intervista o con una scheda autocompilata dal pz o dal care-giver), permette di valutare in modo multidimensionale il paziente e i suoi bisogni.

Sulla base di questi score è possibile:

- un primo screening che permetta di identificare i pazienti da inviare ad una valutazione più approfondita, complessa e con test specifici (cosiddetti di II° livello) sul territorio;
- la costruzione di programma di continuità assistenziale personalizzato che preveda, per i pazienti ad alto rischio sia clinico che di disabilità e socio-sanitario, l'integrazione con i servizi territoriali attraverso un monitoraggio infermieristico domiciliare previa attivazione da parte del MMG, con la compartecipazione della Cardiologia di riferimento (territoriale o ospedaliera a seconda del rischio clinico del paziente) e con il coinvolgimento dei Servizi sociali, con tempistica individualizzata. Dopo la prima visita congiunta a domicilio del paziente per pianificare il piano assistenziale e la frequenza dei controlli, seguirà la fase di monitoraggio domiciliare a cura dell'infermiere e/o dell'assistente sociale (a seconda della prevalenza del bisogno) che verifica anche eventuali variazioni cliniche/difficoltà sociali comunicandole al MMG che a sua volta può procedere alla richiesta di consulenze specialistiche (quella cardiologica a carico della Cardiologia di riferimento).

Nei gradi intermedi di rischio, è da attivare comunque una sorveglianza, volta prevalentemente alla prevenzione delle instabilizzazioni dei bisogni assistenziali e delle problematiche sociali.

Formazione e implementazione

Per assicurare il successo di questo programma è da prevedere una specifica formazione per MMG, specialisti ed internisti, Infermieri, assistenti sociali, cure palliative.

In una prima fase è da prevedere la sperimentazione in aree regionali, in cui siano ben identificati ospedale di riferimento e distretto socio-sanitario. Auspicabile in una prima fase anche la formazione specifica di infermieri care manager per la cronicità da affidare agli studi dei MMG.

Indicatori

- di processo (ospedale)
- evidenza di lettera di dimissione
- evidenza in lettera di dimissione di definizione dell'eziopatogenesi, della classe funzionale NYHA, dello stadio di malattia, di indicazione di peso, farmaci (ACE/Arb, betabloccanti, Tao per FA) e loro posologia, sintomi, controllo PA e FC, comorbilità, valutazione autonomie con Barhel e SPSMQ, di informazione/educazione paziente e care-giver sul

monitoraggio del peso, sull'introito di liquidi e alimentazione, sul livello di attività fisica eseguibile in sicurezza, sul riconoscimento dei sintomi di allarme

- evidenza dei controlli previsti in post-dimissione
- di processo (MMG):
- evidenza di aderenza al percorso di follow-up tramite n° di visite, telefonate e controllo almeno annuale di ECG ed esami del sangue di base
- di esito: miglioramento della qualità della vita e riduzione ospedalizzazioni per SC

Figura 1

Jessup et al 2009 Guideline Focused Update on Heart Failure 1981

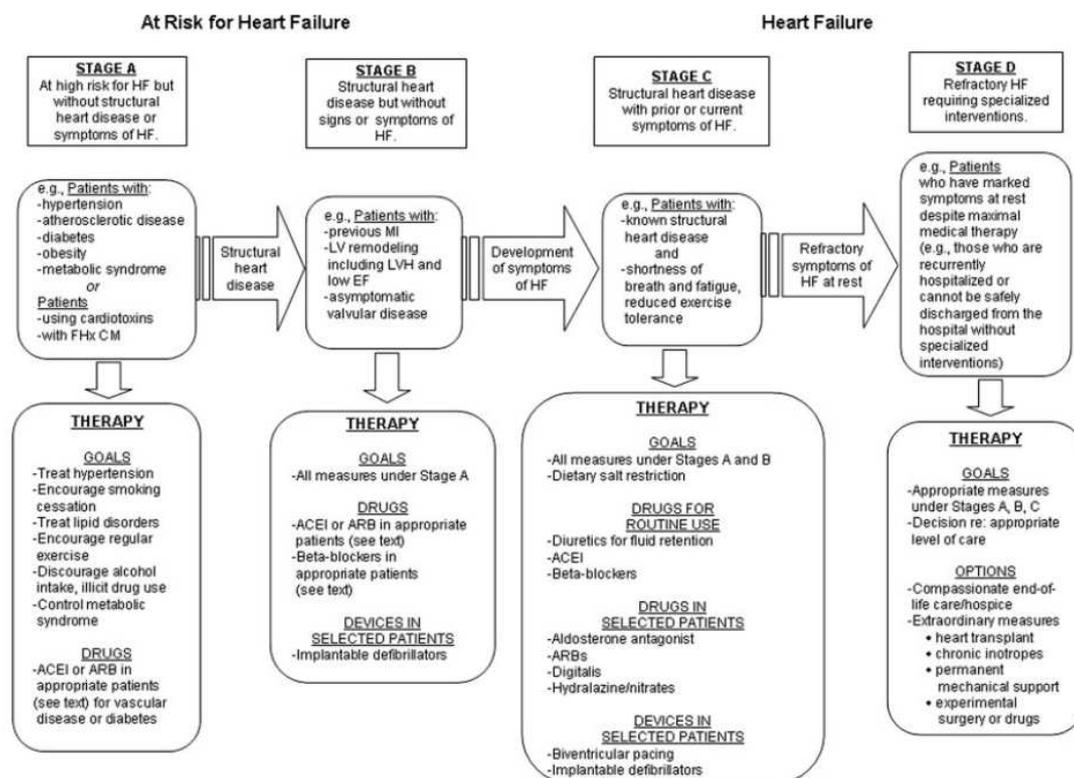


Figure 1. Stages in the Development of Heart Failure/Recommended Therapy by Stage. ACEI indicates angiotensin-converting enzyme inhibitors; ARB, angiotensin II receptor blocker; EF, ejection fraction; FHx CM, family history of cardiomyopathy; HF, heart failure; LVH, left ventricular hypertrophy; and MI, myocardial infarction.

Documenti di riferimento:

- Consensus ANMCO per inquadramento, indicazioni al ricovero, percorsi intra-ospedalieri e ospedale-territorio, criteri di stabilità clinica, assistenza al pz con SC avanzato, indicatori
- LLGG AHA/ACC, update 2009
- Personalizzazione del follow-up nel paziente con Scopenso Cardiaco GIC 2010 Suppl 2

Tabella I
Pazienti con Scompenso avanzato (Stadio D) - Regione Liguria - anno 2009

	<i>Fonte dei dati</i>	<i>Modalità di individuazione</i>	<i>n° casi</i>	<i>decessi (letalità%)</i>
1	SDO	Diagnosi principale SC/ Cardiomiopatia : più di 1 ricovero in 12 mesi negli ultimi 5 anni e >3 nel quinquennio	393	52 (13.2%)
2	SDO + FARMAC. + PRESTAZ.	più Diagnosi secondaria o Terapia Anticoagulante Orale + INR>5/anno	527	87 (16.5%)
3	SDO	più Diagnosi secondaria: IMA/ SCA/IM pregresso / Angina / altra Cardiopatia ischemica	1930	493 (25.5%)
4	SDO	più Diagnosi secondaria: Cardiopatia Ipertensiva, Nefropatia Ipertensiva, Cardionefropatia Ipertensiva, Diabete	686	137 (20%)
		Totale	3536	769 (21.7%)

Tabella II

Pazienti con cardiopatia nota e sintomi attuali o pregressi di SC (Stadio C) - Regione Liguria - anno 2009

	<i>Fonte dei dati</i>	<i>Modalità di individuazione</i>	<i>n° casi</i>	<i>Decessi letalità %</i>
1	SDO ESENZIONI SDO PRESTAZIONI + FARMAC.	Diagnosi principale SC/CMP, meno di 1 ricovero in 12 mesi negli ultimi 5 anni e meno di 3 ricoveri nel quinquennio <i>oppure:</i> Esenzione per SC Ricovero con SC diagnosi secondaria, ECG+ECOCUORE+Diuretici non in associazione+betablocco o farmaci attivi sul RAAS (ACE o o ARBs)	5771	1135 (19.7%)
2	SDO PRESTAZIONI + FARMAC.	<i>più</i> Fibrillazione Atriale e TAO/ INR>5/anno	3558	555 (15.6%)
3	SDO	<i>più</i> Diagnosi secondaria: IMA/SCA/IM pregresso/ Angina/altra Cardiopatia ischemica	7025	1329 (18.9%)
4	SDO	<i>più</i> Diagnosi secondaria: Cardiopatia Ipertensiva, Nefropatia Ipertensiva, Cardionefropatia Ipertensiva, Diabete	4743	1039 21.9%
		Totale	21097	4058 (19.2%)

Tabella III

Accessi in ricovero e in Pronto Soccorso nei Pz con Scoppio cardiaco avanzato (Classe D) - Regione Liguria - anno 2009.

Il dato è espresso in numero di prestazioni nell'anno per singolo paziente relativamente alle singole categorie elencate dai numeri d'ordine della Tabella I

N°_Stadio D Tot. Pz 3536	RICOVERI		NO RICOVERI		Accessi Pronto Soccorso (PS)		Non accessi PS	
	Casi	Prest/pz	Casi	Prest/pz	Casi	Prest/pz	Casi	Prest/pz
1 pz 393	352	0.9	177	0,4	370	0.9	216	0.5
2 pz 527	692	1.3	196	0.4	651	1.2	231	0.4
3 pz 1930	3319	1.7	541	0.3	3471	3.3	661	0.2
4 pz 686	983	1.4	210	0.3	1070	1.6	250	0.4

N° Stadio D	PRELIEVI	VISITA	ECG	ECOCG
1 pz 393	1.7	2.7	0,9	0,26
2 pz 527	10.5	5.8	1.0	0.3
3 pz 1930	6.2	4.9	1.1	0.2
4 pz 686	7.4	4.7	0.8	0.2

Tabella IV

Pazienti con Scoppio Stadio C - Regione Liguria - anno 2009

Il dato è espresso in numero di prestazioni nell'anno per singolo paziente relativamente alle singole categorie elencate dai numeri d'ordine della Tabella II

N°_Stadio C Tot. Pz 21097	RICOVERI		NO RICOVERI		Accessi Pronto Soccorso (PS)		Non accessi PS	
	Casi	Prest/pz	Casi	Prest/pz	Casi	Prest/pz	Casi	Prest/pz
1 pz 5771	3687	0.6	2948	0,5	4169	0.7	3057	0.5
2 pz 3558	2490	0.7	1669	0.5	2979	0.8	1767	0.5
3 pz 7025	7405	1.1	2624	0.4	8029	1.2	2976	0.4
4 pz 4743	4792	1.0	1651	0.3	5368	1.1	1898	0.4

N° Stadio D	PRELIEVI	VISITA	ECG	ECOCG
1 pz 5771	1.6	2.4	0.5	0,2
2 pz 3558	9.3	4.5	0.6	0.3
3 pz 7025	4.9	4.2	0.7	0.2
4 pz 4743	5.0	3.9	0.5	0.1

Tabella V
COMORBILITA'

STADIO D Totale Pz 3536	Comorbilità		Comorbilità > 1		Insuff. Renale Cronica		Diabete		BPCO		Neurologiche*	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
	1873	53.0	587	31.3	310	8.7	1034	29.2	936	26.5	254	7.2

STADIO C Totale Pz 21097	Comorbilità		Comorbilità > 1		Insuff. Renale Cronica		Diabete		BPCO		Neurologiche*	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
	9816	46.5	2444	24.9	1296	6.1	4761	22.6	4823	22.9	1647	7.8

* Alzheimer, Parkinson, Demenza