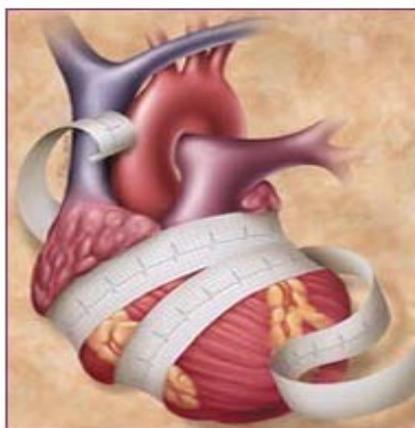


***AZIENDA SANITARIA LOCALE della PROVINCIA di
LODI***

AZIENDA OSPEDALIERA della PROVINCIA di LODI

M.M.G.

**PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL
PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO (SC)
DOPO EVENTO ACUTO**



Novembre 2010

allegato n. 1 alla deliberazione n. 425 dell'1/12/2010

PREMESSA

L'elaborazione del presente documento, è stata promossa dalla Direzione Sanitaria dell'ASL della Provincia di Lodi, attraverso il Dipartimento di Cure Primarie e Continuità Assistenziale seguendo le indicazioni delle linee di indirizzo di Regione Lombardia.

Il documento è stato realizzato da un Gruppo di lavoro, coordinato dal Dipartimento di Cure Primarie e Continuità Assistenziale dell'ASL di Lodi, che ha visto la partecipazione diretta dei Medici di Medicina Generale (MMG) e degli Specialisti Ospedalieri dell'A.O. della Provincia di Lodi.

Il documento è finalizzato ad individuare modalità operative che consentano una più agevole integrazione tra le strutture specialistiche e le cure primarie, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente affetto da SC, dopo l'evento acuto.

QUADRO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE E REGIONALE

Lo scompenso cardiaco (SC) è una patologia ad elevata prevalenza (1.5 – 2 % nelle popolazioni occidentali).

In Italia, lo SC rappresenta, dopo il parto naturale, la causa più frequente di ricovero ospedaliero, nonché la patologia che assorbe la maggior quantità di risorse per l'assistenza ospedaliera (fonte: database Del Ministero della Salute. Conteggio del DRG 127 "Insufficienza cardiaca e shock")

Prevalenza e incidenza dello SC aumentano esponenzialmente con l'età (età media dei ricoverati in Italia: 77 anni).

In Regione Lombardia, il quadro epidemiologico regionale non sembra discostarsi da quello nazionale, caratterizzato da un costante aumento negli anni del numero di ricoveri ospedalieri per SC (3 % del totale, dati 1999), da una elevata mortalità sia intraospedaliera che nel medio periodo, e da una elevata frequenza di riospedalizzazioni (ricoveri ripetuti pari al 30 % con tendenza all'aumento).

QUADRO EPIDEMIOLOGICO LOCALE

fonte dati:	SDO prodotte dai 4 Presidi Ospedalieri della A.O. della Provincia di Lodi
periodo di riferimento:	dimissioni ospedaliere dal 1 Gennaio al 24 Maggio 2010 (per P.O. Casalpusterlengo); dal 1 Gennaio al 30 Aprile 2010 per (P.O di Lodi, Codogno e Sant'Angelo Lodigiano.)
n. ricoveri ordinari:	7.789
n. ricoveri ordinari con DRG 127 e Diagnosi Principale 428.xx (Insuff.cardiaca) o 402.11 (cardiopatía ipertensiva con insuff.cardiaca):	266 (= 3.4 % dei ricoveri ordinari)
n. ricoveri ripetuti:	39 (= 14.7 % ; dato sottostimato causa il breve periodo di riferimento)
n. pazienti effettivi dimessi dal loro ultimo ricovero:	227
mortalità intra-ospedaliera:	21 pazienti (= 9.3 %)
n. pazienti dimessi vivi:	206
mortalità post-dimissione (0-7 mesi):	30 pazienti (= 14.6 %)
n. pazienti residui:	176
n. pazienti residenti extra-ASL Lodi:	19
n. pazienti residui residenti in ASL Lodi:	157

P.O. e reparti di dimissione

presidi	TOT.	LODI	COD.	CAS.	S.A.
n. pazienti	157	74 (6) *	44 (9)**	17 (2)**	22
Cardiologia (08x)	34	20 (3) *	14 (4)**		
Medicina(26x)	89	46 (3) *	26 (4)**	17 (2)**	
Ematologia(18x)	3	3			
Nefrologia(29x)	2	2			
Rianimaz.(49x)	1	1			
U.Coronarica(50x)	5	1	4 (1)**		
Pneumologia(68x)	1	1			
Geriatrics(21x)	18				18
Riab.Geriatrica(60x)	4				4

*** pazienti in carico all'Ambulatorio dello SC del P.O. di Lodi**

**** pazienti in carico all'Ambulatorio dello SC del P.O. di Codogno**

Modalità di dimissione e continuità assistenziale post-dimissione

157 pazienti dimessi vivi, viventi e residenti in ASL Lodi , di cui:

94 dimessi a domicilio (= 60 %)

48 da P.O. Lodi (15 Cardiologia, 3 Ematologia, 27 Medicina, 2 Nefrologia, 1 U. Cor.)

22 da P.O. Codogno (7 Cardiologia, 15 Medicina)

9 da P.O. Casalpusterlengo (Medicina)

15 da P.O. Sant'Angelo Lodigiano (13 Geriatria, 2 Riabilitazione Geriatrica)

3 dimessi a domicilio con attivazione A.D.I.

1 da Medicina Casalpusterlengo

2 da Riabilitazione Geriatrica Sant'Angelo Lodigiano

17 dimessi a domicilio e seguiti in ADI (tramite voucher o assistenza estemporanea)

6 da Medicina Lodi

1 da Cardiologia Lodi

5 da Medicina Codogno

1 da Unità Coronarica Codogno

1 da Medicina Casalpusterlengo

3 da Geriatria Sant'Angelo Lodigiano

16 dimessi a domicilio e seguiti dal MMG in ADP

1 da Cardiologia Lodi

9 da Medicina Lodi

2 da Cardiologia Codogno

1 da Medicina Codogno

2 da Medicina Casalpusterlengo

1 da Geriatria Sant'Angelo Lodigiano

6 dimessi a domicilio e seguiti da AMB SC Lodi

3 da Cardiologia Lodi

3 da medicina Lodi

11 dimessi a domicilio e seguiti da AMB SC Codogno

4 da Cardiologia Codogno

4 da Medicina Codogno

1 da Unità Coronarica Codogno

2 da Medicina Casalpusterlengo

3 dimessi e trasferiti in altri reparti o istituti di riabilitazione

- 1 da Medicina Lodi
- 1 da Pneumologia Lodi
- 1 da Geriatria Sant'Angelo Lodigiano

3 dimessi e trasferiti in RSA

- 1 da Rianimazione Lodi
- 1 da Medicina Codogno
- 1 da Medicina Casalpusterlengo

3 dimessi e trasferiti in altri Ospedali per acuti

- 1 da Cardiologia Codogno
- 1 da Unità Coronarica Codogno
- 1 da Medicina Casalpusterlengo

1 dimissione volontaria

da Unità Coronarica Codogno

In conclusione: su 157 pazienti dimessi vivi e sopravvissuti

17 sono in carico ai 2 Ambulatori dello SC

36 sono in carico al MMG tramite Assistenza Domiciliare

9 sono stati trasferiti ad altre strutture ospedaliere o RSA

94 sono stati dimessi al domicilio, senza possibilità di riscontri ufficiali di avvenuta continuità assistenziale (in carico a specialisti privati ? in carico a strutture extra - regione ?, controlli programmati a lunga scadenza - 12-24 mesi - salvo instabilizzazioni ?, ecc.)

CRITICITA'

Le informazioni epidemiologiche a tutt'oggi disponibili si basano soprattutto sull'analisi di database amministrativi (flusso SDO) o su studi osservazionali condotti prevalentemente a livello ospedaliero, e non consentono di offrire un quadro sufficientemente preciso sui reali bisogni clinico-assistenziali dei pazienti affetti da SC.

OBIETTIVI DA REALIZZARE

1. Adozione ,alla dimissione ospedaliera post-SC acuto, di un modello **di Lettera di Dimissione strutturata**, destinata a contenere tutte le informazioni necessarie affinché la gestione del paziente successiva alla dimissione possa avvenire nella modalità più adeguata, tramite la disponibilità di informazioni complete e asseverate.
2. Mantenimento e/o istituzione di uno o più **Ambulatori dedicati alla cura dello SC**, cui afferisce un team multidisciplinare di medici e infermieri responsabili della diagnosi e cura dei pazienti con SC, supportati, laddove possibile da fisioterapisti e psicologi. Tali Ambulatori devono consentire un canale preferenziale di accesso del Medico di Medicina Generale (MMG) alla consulenza specialistica.
A tali ambulatori i pazienti afferiscono dopo valutazione cardiologica conseguente a visita cardiologica ambulatoriale.
3. Creazione, per il malato dimesso dopo SC acuto, di **Percorsi** condivisi tra Ospedali e territorio che siano **differenziati in relazione alla gravità del quadro clinico dello SC**.
Per la funzionalità di tali percorsi differenziati, un requisito fondamentale dovrà essere rappresentato dalla definizione di specifici **criteri di accesso dei pazienti alle varie tipologie di intervento, relative sia alla continuità assistenziale, che alla necessità di cure riabilitative.**

Una osservazione particolare dovrà essere riservata ai pazienti asintomatici, con disfunzione ventricolare sx riscontrata generalmente in modo occasionale.

Dopo un primo inquadramento diagnostico e l'ottimizzazione della terapia, da effettuarsi presso l'ASC, tali pazienti verranno riaffidati in carico al proprio MMG, che gestirà il follow-up periodico mirato in particolare alla verifica e al rinforzo dell'aderenza al paziente al piano di cura in tutte le sue componenti, farmacologiche e non, e alla verifica della stabilità clinica.

LETTERA DI DIMISSIONE STRUTTURATA

Rappresenta il principale indicatore di processo del protocollo e deve contenere il seguente set di informazioni relative ai pazienti dimessi dopo SC acuto:

- patologie cardiache note ed indicazione di eventuali comorbidità
- modalità di presentazione clinica e, se non si tratta di primo ricovero per scompenso, le possibili cause di instabilizzazione (es. eventi acuti, scarsa aderenza alla terapia, ...)
- svolgimento del ricovero (risoluzione sintomi e segni di scompenso, complicazioni eventuali, ...)
- dati relativi ad esami laboratoristici/strumentali e consulenze specialistiche (descrizione nella lettera + eventuali copie di referti)
- terapie farmacologiche e non praticate durante il ricovero
- eventuali terapie di supporto psicologico o educativale effettuate durante il ricovero
- indicazione delle motivazioni per eventuali controindicazioni all'utilizzo di beta-bloccanti, ACE-inibitori o antagonista recettoriali dell'angiotensina
- in caso di fibrillazione atriale, indicare motivazione di non utilizzo di farmaci anticoagulanti
- condizioni del paziente alla dimissione: classe NYHA, peso, pressione arteriosa alla dimissione e copia ECG
- diagnosi eziologica dello SC
- quadro ecocardiografico aggiornato con valutazione della funzione ventricolare sinistra
- severità della malattia in base a criteri di stratificazione del rischio di eventi
- terapia prescritta alla dimissione, con:
 - indicazione di eventuali variazioni rilevanti rispetto al trattamento prima del ricovero
 - indicazioni alla titolazione dei farmaci:
 - Uso di ACE-inibitori o antagonisti recettoriali dell'angiotensina, in assenza di controindicazioni
 - Uso di beta-bloccanti, in assenza di controindicazioni
 - Uso della terapia anti-coagulante per i pazienti con fibrillazione atriale, in assenza di controindicazioni

- programma di follow up a breve termine (data prima visita ambulatorio scompenso)
- Medici di riferimento, contatti telefonici preferenziali per comunicare con il centro

Con tali intenti, le U.O. di Cardiologia dei P.O. di Lodi e Codogno hanno predisposto e utilizzano una lettera di dimissioni strutturata **(tabella 1)**.

Alla lettera di dimissione è allegato **(tabella 2)**:

- materiale educativo fornito insieme alla lettera e relativo a:
 - dieta, astensione dal fumo, alcool
 - attività fisica
 - rilevazione dei parametri (peso, polso e PA) e gestione delle variazioni
- locandina con indicazioni e contenuti di specifiche attività formative/educazionali indirizzate al paziente e ai familiari a cui il paziente si potrà prenotare per le settimane successive

- quadro ecocardiografico aggiornato compresa funzione ventricolare sinistra

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

- diagnosi eziologica dello SC
- severità della malattia in base a criteri di stratificazione del rischio di eventi

PROBLEMI APERTI E ACCERTAMENTI IN CORSO:

PRESCRIZIONI E TERAPIE:

- terapia prescritta alla dimissione:
 - indicazione di eventuali variazioni rilevanti rispetto al trattamento prima del ricovero
 - indicazioni alla titolazione dei farmaci
- materiale educativo fornito insieme alla lettera e relativo a:
 - dieta, astensione dal fumo, alcool
 - attività fisica
 - rilevazione dei parametri (peso, polso e PA) e gestione delle variazioni
- programma di follow up a breve termine (data prima visita ambulatorio scompenso)
- locandina con indicazioni e contenuti di specifiche attività formative/educazionali indirizzate al paziente e ai familiari a cui il paziente si potrà prenotare per le settimane successive

Medico di riferimento - Interno telefonico: Medici di riferimento, contatti telefonici preferenziali per comunicare con il centro

FIRMA: _____

DATA:

Tabella 2

 <p>AZIENDA OSPEDALI DELLA PROVINCI DI LODI</p> <p>piazza Ospitale, 10 26900 Lodi</p>	<p>U.S.C. di CARDIOLOGIA Presidio Ospedaliero di Direttore DOTT. Telefono</p>
--	--

Vivere con lo scompenso cardiaco

Che cos'è lo scompenso cardiaco?

Lo scompenso cardiaco - detto anche insufficienza cardiaca – è il termine utilizzato per descrivere i sintomi che si manifestano quando il cuore si indebolisce e non è più efficiente nel pompare il sangue nel corpo, sia a riposo sia durante l'esercizio.

Lo scompenso cardiaco è una malattia comune. Anche se può insorgere a qualsiasi età, i problemi peggiorano in genere nell'arco di molti anni e per questo motivo lo scompenso compare prevalentemente nelle persone anziane.

Che cosa può succedere con lo scompenso cardiaco?

- I muscoli possono indebolirsi causando senso di debolezza ed affaticabilità.
- I reni possono ricevere meno sangue e quindi filtrare meno urina.
- Se il cuore non è in grado di pompare correttamente il sangue che gli arriva dalle varie parti del corpo, questo si accumulerà nei tessuti: principalmente nelle gambe (che diventeranno gonfie); nel fegato e nell'intestino (comparsa di disturbi digestivi); nei polmoni (provocando mancanza di fiato).

Quali disturbi provoca lo scompenso cardiaco?

I disturbi più comuni sono:

- Debolezza
- Affaticabilità
- Fiato corto
- Gonfiore alle caviglie.

Questi sintomi possono essere presenti insieme o singolarmente e possono variare nel tempo.

Altri segni e sintomi possono essere:

- L'aumento di peso (dovuto all'accumulo di liquidi nei tessuti).
- La perdita di peso (dovuta al logorio se lo scompenso cardiaco è in stato avanzato).
- Palpitazioni (elevata frequenza cardiaca).
- Stato confusionale (in seguito al ridotto apporto di ossigeno al cervello).
- Scarsa funzionalità degli organi vitali per il diminuito apporto di sangue.
- Abbassamento della pressione arteriosa (se la patologia cardiaca è in stato avanzato).
- Perdita di appetito.

A volte la causa di questi sintomi non è lo scompenso e quindi il giudizio del medico è sempre indispensabile.

Quali sono le cause dello scompenso cardiaco?

Il muscolo cardiaco può essersi indebolito, può essere diventato più "rigido", le valvole possono essersi ristrette, oppure il cuore può avere una malattia presente dalla nascita, ma che si manifesta più tardi.

Negli adulti le cause più comuni di scompenso sono di origine ischemica, derivano cioè dal restringimento delle arterie che alimentano il muscolo cardiaco (malattia coronarica o cardiopatia ischemica). Fra le cause non ischemiche, le più frequenti sono: l'ipertensione arteriosa non curata, il danneggiamento delle valvole cardiache, infezioni (miocarditi, HIV ecc.), abuso di alcool e droga.

A volte sono presenti contemporaneamente più cause di scompenso.

FATTORI DI RISCHIO

Alcuni soggetti sono maggiormente predisposti di altri a sviluppare uno scompenso cardiaco. È impossibile prevedere con certezza lo scompenso, ma esistono "fattori di rischio" che è bene conoscere; alcuni di questi sono controllabili, altri non lo sono. Essere consapevoli dei fattori di rischio consente di gestire efficacemente lo scompenso cardiaco.

Dal momento che la malattia coronarica è la causa più comune di scompenso cardiaco (circa il 50% dei casi), lo scompenso è associato ai principali fattori di rischio della malattia delle arterie coronarie.

Fattori di rischio non modificabili della malattia coronarica:

SESSO: Gli uomini hanno una probabilità di soffrire di malattie cardiache da 3 a 5 volte maggiore delle donne.

ETÀ: con l'avanzare dell'età, aumentano le probabilità di ammalarsi. Nelle donne questo avviene soprattutto dopo la menopausa.

FAMILIARITÀ: Il rischio di malattie cardiovascolari è più alto se alcuni dei nostri diretti familiari ne soffrono.

Fattori di rischio modificabili della malattia coronarica:

I fattori di rischio modificabili sono i più importanti perché su di essi è possibile intervenire per cercare di prevenire o ritardare la comparsa della malattia.

IPERTENSIONE ARTERIOSA: La pressione alta rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo della malattia coronarica. Una pressione arteriosa normale sana dovrebbe essere inferiore a 130/85 MMHG

FUMO DI SIGARETTA. Numerosi studi confermano che i fumatori corrono un rischio maggiore di incorrere in malattie cardiache rispetto ai non fumatori. Chi fuma 1 pacchetto di sigarette al giorno ha un rischio 3 – 4 volte superiore di andare incontro ad un infarto miocardico rispetto ai non fumatori. Anche un numero limitato di sigarette, tuttavia, o il fumo passivo, predispongono alla comparsa di malattie coronariche (oltre a numerosi altri danni alla salute causati dal fumo).

COLESTEROLO ELEVATO. Quantità particolarmente elevate di colesterolo nel sangue (colesterolo totale e colesterolo cattivo LDL) aumentano il pericolo di un attacco cardiaco. Questo accade perché il colesterolo può incastrarsi nelle pareti delle arterie causandone un restringimento. I valori di colesterolo totale nel sangue sono considerati normali se sono inferiori a 200 mg/dl (175 mg/dl nelle persone che hanno già avuto un infarto) e i valori del colesterolo LDL devono essere inferiori a 100 mg/dl (70-80 mg/dl nelle persone che hanno già avuto un infarto).

DIABETE. Il diabete è causato da un livello eccessivo di zuccheri nel sangue (*GLICEMIA*). Quando la glicemia risulta stabilmente superiore a 126 mg/dl, viene posta la diagnosi di diabete. Elevati valori di zucchero nel sangue aumentano notevolmente i danni a livello delle arterie. Coloro che soffrono di diabete hanno il 50% di probabilità in più di sviluppare una malattia coronarica.

SEDENTARIETÀ. Chi non pratica un'attività fisica moderata e regolare favorisce l'obesità, l'aumento della pressione arteriosa e del colesterolo totale, che sono fattori di rischio per la malattia coronarica.

STRESS. L'essere sottoposti a stress in modo occasionale non rappresenta solitamente un pericolo. Lo stress continuo, invece, e la maniera sbagliata di reagire allo stress, potrebbero avere un effetto negativo sulla salute.

FATTORI PSICOEMOTIVI E DI PERSONALITA'. Frequentemente, persone predisposte alla malattia coronarica, hanno tratti di personalità particolari come la tendenza a svolgere le proprie attività con fretta e impazienza, l'ostilità o, al contrario, la rabbia inespressa. Spesso, persone con malattia coronarica hanno la tendenza ad esperire frequenti emozioni negative e a non esprimerle. Spesso, hanno sofferto di forte depressione o ansia il periodo precedente l'episodio cardiaco.

VIVERE CON LO SCOMPENSO CARDIACO: DOMANDE E RISPOSTE

Come si può trattare lo scompenso cardiaco?

Lo scompenso cardiaco può essere trattato in vari modi: farmacologicamente, con dispositivi medici, con interventi chirurgici e con modificazioni dello stile di vita. La finalità dei trattamenti è quella di rallentare il progredire della patologia, limitare i ricoveri ospedalieri, ridurre la mortalità e migliorare la qualità di vita.

In che modo è possibile prevenire lo scompenso cardiaco?

La coronaropatia e l'ipertensione arteriosa sono cause comuni di scompenso cardiaco, quindi è importante che questi disturbi siano prontamente ed efficacemente trattati.

Anche il cambiamento di alcune abitudini di vita può contribuire alla prevenzione dello scompenso cardiaco, come: mantenere il giusto peso e seguire una dieta sana, smettere di fumare, abbassare i livelli di colesterolo (colesterolo cattivo LDL), ridurre l'assunzione di alcolici, praticare attività fisica.

Con una diagnosi di scompenso cardiaco è necessario ridurre ogni tipo di attività fisica?

Con una diagnosi di scompenso cardiaco non bisogna eliminare ogni tipo di attività fisica, al contrario, è raccomandato tenersi in esercizio ed essere fisicamente attivi purché si rispettino i limiti consigliati dal proprio medico. Le attività consigliate per il cuore sono esercizi moderati, ritmici (aerobici) come camminare a passo veloce, andare in bicicletta, nuotare.

Il fumo fa peggiorare il quadro di scompenso cardiaco?

Il fumo peggiora il quadro di scompenso cardiaco, infatti, ogni aspirazione di nicotina provoca un aumento temporaneo della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, proprio mentre il sangue in circolo è più povero di ossigeno. Il fumo comporta anche ostruzioni e minore elasticità dei vasi sanguigni che alimentano il cuore.

Lo stress può peggiorare lo scompenso cardiaco?

Ansia e tensione emotiva obbligano il cuore ad un maggiore sforzo facendo peggiorare i sintomi. Per questo motivo è importante mantenere lo stress sotto controllo.

Esistono patologie che possono peggiorare lo scompenso cardiaco?

Le forme influenzali e la polmonite comportano un rischio maggiore per i soggetti affetti da scompenso cardiaco o da altri disturbi cardiaci. È consigliabile, dunque, che i

soggetti affetti da scompenso cardiaco chiedano al proprio medico di farsi vaccinare ogni anno contro l'influenza.

In che modo è possibile beneficiare al massimo delle visite mediche?

Un controllo efficace dello scompenso cardiaco dipende dalla partecipazione attiva dei pazienti e dei loro familiari. Si consiglia, pertanto, di tenere un diario giornaliero sul quale registrare ogni cambiamento (aumento di peso, pressione, gonfiore alle gambe, stanchezza), di prendere nota delle informazioni nel corso della visita, di non andarsene prima di aver ben compreso tutte le indicazioni del medico, soprattutto quelle relative all'assunzione dei farmaci.

In che modo è consigliabile modificare la propria dieta per ridurre la possibilità di sviluppare uno scompenso cardiaco?

Molti alimenti contengono grandi quantità di sale. È fondamentale evitare l'uso eccessivo di sale e utilizzare al suo posto altri tipi di condimento. È consigliabile, inoltre, preferire una dieta ricca di frutta e verdura fresche, cereali integrali, carne magra e latticini a basso contenuto di grassi.

Ci sono bevande che bisogna evitare se si soffre di scompenso cardiaco?

Quando nel nostro organismo vi è una ritenzione di liquidi, come spesso accade in caso di scompenso cardiaco, il medico potrebbe consigliare di limitare l'assunzione di liquidi (1-1,5 litri/die). Di norma un quadro di scompenso cardiaco richiede di sospendere l'assunzione di alcolici poiché questi riducono la capacità contrattile del muscolo cardiaco.

Chi soffre di scompenso cardiaco dovrà anche limitare l'assunzione di bibite e bevande contenenti caffeina, come il caffè, il tè nero e le bibite analcoliche.

È possibile continuare ad avere una normale vita sessuale dopo la diagnosi di scompenso cardiaco?

Nei pazienti cardiopatici non esistono controindicazioni alla ripresa di una normale attività sessuale, nel momento stesso in cui si sentono pronti ad affrontarla. Numerosi pazienti affetti da scompenso cardiaco possono continuare ad avere una normale vita sessuale, fermo restando che i sintomi siano sotto controllo. Praticare attività sessuale contribuisce, inoltre, a migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da scompenso cardiaco.

Vivere con lo scompenso cardiaco: modificazione dello stile di vita

Modifiche dello stile di vita	Perché?	Come?
Smettere di fumare	Fumare può danneggiare i vasi sanguigni, ridurre la quantità di ossigeno nel sangue e aumentare la frequenza cardiaca.	Chiedere informazioni al proprio medico sulle numerose opzioni disponibili, come, per esempio, i programmi e i farmaci per smettere di fumare o il counseling psicologico.
Dimagrire e mantenere il proprio peso forma	Il peso in eccesso può affaticare il cuore.	Consultare il proprio medico prima di cominciare una dieta o un programma di attività fisica.
Evitare gli alcolici	Possono indebolire un cuore già danneggiato.	Preferire bevande analcoliche. Chiedere al proprio medico se birre e vini analcolici sono tollerati.
Evitare o limitare la caffeina	Può indebolire un cuore già danneggiato. Inoltre favorisce alcuni tipi di aritmie.	Ridurre il consumo di tè e caffè.
Limitare il sodio (sale)	Il sodio contribuisce alla ritenzione di liquidi, che può causare edemi e problemi di respirazione ed è pericolosa in caso di ipertensione	Limitare l'apporto giornaliero di sodio Cucinare con poco sale ed evitare di usare il sale a tavola. Leggere le etichette degli alimenti e di alcuni farmaci e scegliere quelli a basso contenuto di sodio.
Esercizio fisico	I benefici comprendono la riduzione dello stress, il miglioramento dell'energia, della circolazione e della pressione arteriosa.	Camminare, nuotare e andare in bicicletta sono attività molto praticate tra i soggetti con scompenso cardiaco. È importante aumentare in maniera graduale e controllata l'attività fisica. Consultare il proprio medico prima di cominciare un programma di esercizio fisico o una nuova attività.
Ridurre lo stress	La tensione può aumentare l'affaticamento del cuore.	Trovare una soluzione adatta al proprio caso che aiuti a gestire e ridurre lo stress. Per esempio: l'esercizio fisico, un gruppo di sostegno, la meditazione o semplicemente trascorrere più tempo con la famiglia o gli amici.
Annotare i sintomi (diario giornaliero)	Eventuali cambiamenti possono segnalare la necessità di rivolgersi al medico per modificare il trattamento. Cambiamenti repentini possono indicare un'alterazione della propria condizione di salute per la quale contattare il medico immediatamente.	Tenere un taccuino, un'agenda o un apposito calendario per annotare peso, pressione e altri sintomi (gonfiore a mani e piedi, respiro corto, stanchezza). Evitare di affidarsi alla memoria.

Per saperne di più

Nella vita quotidiana

Annotare i sintomi: Attenzione ai seguenti segni d'allarme:

- Improvviso aumento di peso - un aumento di 1-1,5 chilogrammi in un giorno o 3 o più chilogrammi in una settimana potrebbe indicare ritenzione di liquidi, che può risultare pericolosa.
- Mancanza di respiro non correlata a esercizio fisico o ad altra attività.
- Aumento dell'edema delle gambe o delle caviglie.
- Addome gonfio o dolente.
- Difficoltà a dormire o mancanza di respiro al risveglio.
- Tosse secca intermittente.
- Graduale aumento della sensazione di affaticamento o sensazione di affaticamento costante.

Quando contattare immediatamente il medico (118)

- Quando compare improvvisa e grave mancanza di respiro (grave affanno a riposo).
- Quando compare improvviso e prolungato dolore toracico.
- Quando compare improvvisa e grave debolezza accompagnata o meno da sudorazione.

A proposito di esercizio fisico

Il primo passo: recarsi dal medico.

Prima di aumentare il livello di attività o di iniziare un nuovo programma di attività fisica, è opportuno consultare il proprio medico. Questo potrà raccomandare una prova da sforzo su un tappeto rotante o su una cyclette per determinare il livello di attività più adatto al paziente.

Benefici dell'esercizio fisico

Una moderata attività fisica può aiutare a rafforzare il cuore. È possibile sperimentare i seguenti benefici:

- Miglioramento dei sintomi dello scompenso cardiaco.
- Riduzione dello stress e aumento del livello di energia.
- Perdita di peso.
- Miglioramento della circolazione e della pressione arteriosa e diminuzione dei livelli di colesterolo.

Consigli per l'esercizio fisico

Prima di iniziare un programma di esercizi o di aumentare il livello di attività fisica è opportuno consultare il proprio medico per concordare un programma adatto.

In generale:

- Un sano esercizio fisico per il cuore è di 20 -30 minuti al giorno per 3-4 volte alla settimana.
- È opportuno cominciare lentamente e raggiungere gradualmente il livello raccomandato dal medico.
- È opportuno scegliere attività che piacciono e che si adattano alla propria routine quotidiana. Questo aiuterà a svolgere l'esercizio fisico con piacere e con costanza, evitando di smettere dopo poco tempo.
- Bere acqua prima, durante e dopo l'attività fisica (verificare tuttavia con il medico l'eventuale necessità di limitare l'apporto di liquidi).
- Aumentare il ritmo in modo graduale.
- Preferire attività di questo tipo: fare brevi passeggiate più volte al giorno, nuotare, ballare, andare in bicicletta (non in salita)...in generale attività che coinvolgono in maniera armonica tutti i muscoli del corpo.
- Evitare attività di questo tipo: il calcio, il tennis, lo judo, il sollevamento pesi, il rugby, il ciclismo in salita... in generale attività che comportano sforzi intensi e improvvisi.

Suggerimenti per iniziare l'attività fisica:

1) vai piano!

Inizia con dieci minuti e aumenta gradualmente il tempo di ciascuna sessione cercando di arrivare a trenta minuti di seguito (il che dovrebbe farti sudare o respirare intensamente).

Prima di ciascuna sessione di esercizi, dedica un periodo di 5 minuti per fare stretching ed esercizi lenti in modo da dare al tuo corpo la possibilità di "riscaldarsi". Alla fine, fai altri 5 minuti di "raffreddamento" a ritmo più lento e meno energico.

2) Ascolta il tuo corpo!

Una certa rigidità è normale agli inizi. Ma se ti fai male ad una articolazione oppure "strappi" un muscolo o un tendine, sospendi gli esercizi per alcuni giorni per evitare ulteriori danni. Nel caso il dolore non passi da solo, consulta il tuo medico per assumere qualche antidolorifico.

3) Fai attenzione ai segnali di allarme

L'esercizio fisico può rafforzare il cuore, ma alcuni tipi di attività fisica possono peggiorare problemi cardiaci preesistenti.

I segnali di allarme comprendono:

- vertigini improvvise
- sudori freddi
- pallore, svenimento
- dolore o "compressione" al torace dopo l'esercizio fisico.

Se noti segnali di questo tipo sospendi l'attività e chiama il tuo medico.

DIARIO

Mese: _____

Paziente: _____

Data	Misura:	Istruzioni: metti una X nella casella della categoria in cui hai problemi							

	Peso	Pressione	Aumento di peso (1-1,5kg)	Stanchezza	Respiro corto	Incapacità a svolgere attività fisica	Tosse secca	Caviglie gonfie	Scarpe strette	ACQUA bevuta
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

--

AMBULATORI DEDICATI PER LO SCOMPENSO CARDIACO (ASC)

Nel territorio della ASL della Provincia di Lodi sono attivi e strutturati 2 ASC ubicati nei P.O. di Codogno e Lodi

L'equipe dell'ambulatorio segue il paziente con scompenso in ogni fase della malattia: dalla visita di follow-up ambulatoriale, al ricovero in reparto per instabilizzazione o per approfondimento diagnostico o in caso di terapie interventistiche.

L'equipe dell'ambulatorio inoltre gestisce in collaborazione con il centro Hub di riferimento lo screening pre-trapianto di cuore per i pazienti eleggibili .

Le peculiarità dell'ambulatorio oltre all'equipe di riferimento, fissa per l'intero iter diagnostico- terapeutico, sono l'ampio spazio dedicato al counseling e la facile rintracciabilità dell'equipe grazie al numero telefonico diretto e ad un indirizzo di posta elettronica a cui possono rivolgersi i paziente ed i MMG.

L' ambulatorio dedicato offre quindi:

- a) presenza di un'infermiera esperta in campo cardiovascolare, accanto al cardiologo,
- b) pronta reperibilità telefonica di un referente (l'infermiera medesima o se necessario il cardiologo),
- c) facilità di accesso alle strutture ospedaliere (ambulatorio, day-hospital, degenza) in caso di peggioramento clinico.

Ed è volto a:

- a) verificare l'efficacia della terapia ed eventualmente adeguare la stessa;
- b) perseguire e verificare l'aderenza alle misure dietetiche, terapeutiche comportamentali;
- c) monitorare i sintomi e segni clinici e gli indici laboratoristici indicativi di instabilizzazione.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, l'organizzazione prevede :

- 1) una serie di visite ambulatoriali la cui cadenza è "mirata" sulle caratteristiche del singolo paziente e dipende fundamentalmente dal grado di compromissione funzionale del ventricolo sinistro e dalla gravità del quadro clinico (vedi sopra)
 - ➔ Se il paziente è clinicamente stabile possono essere sufficienti uno-due controlli all'anno.
 - ➔ In caso di instabilità è previsto un controllo a non più di 7- 10 giorni dal riequilibrio clinico (post-dimissione o dopo trattamento ambulatoriale), così come in occasione di una variazione del dosaggio di diuretico o in presenza di patologie

concomitanti potenzialmente destabilizzanti (infezioni, anemia, aritmie).
Confermata la ristabilizzazione il successivo controllo è programmato a 15-20 giorni e poi a 30-40 giorni.

- 2) Controlli seriati degli esami ematochimici (emocromo, azotemia, creatininemia, sodiemia e potassiemia) e strumentali, commisurati al quadro clinico; gli esami di laboratorio devono essere eseguiti ogni 6-12 mesi o in caso di instabilizzazione. Un ecocardiogramma viene programmato ogni 2 anni in caso di stabilità, ripetuto in caso di instabilizzazione e dopo 30-40 giorni dalla ristabilizzazione

Prima di ogni visita i pazienti effettuano un colloquio con l'infermiere/a volto all'educazione sanitaria del paziente, ma anche alla valutazione della sintomatologia, della classe funzionale e della qualità di vita, nonché alla verifica dell'aderenza alle misure dietetiche e terapeutiche.

Il protocollo prevede anche il contatto telefonico dei pazienti, da parte dell'infermiera, con frequenza dettata dal quadro clinico, finalizzato all'aumento dell'aderenza dei pazienti, tramite la creazione di un punto di riferimento costante, affidabile e facilmente reperibile (telefonicamente, ad un numero dedicato, e tramite posta-elettronica).

La correzione delle recidive è realizzata mediante:

- immediata segnalazione, all'infermiera e al medico referente, di eventi indesiderati di riospedalizzazione (quali ipotensione o deterioramento emodinamico, ed in particolare brusco incremento ponderale). L'infermiera provvede a fissare una visita cardiologica urgente (entro 24 ore).
- accesso facilitato alla struttura ospedaliera (ambulatorio, day-hospital, degenza)

AMBULATORIO SCOMPENSO CARDIACO - P.O. CODOGNO

L'ASC di Codogno si avvale di un'Equipe di 3 medici e due infermieri I.P. dedicati .

L'ASC è operativo con frequenza settimanale (ogni Martedì pomeriggio, dalle ore 14) e capienza di 7/9 visite/seduta. In caso di necessità, viene organizzata una seduta extra /settimana (Venerdì pomeriggio)

Esso rappresenta un punto di riferimento costante, affidabile e facilmente reperibile per i pazienti (telefonicamente, al **0377.465378 – 0377.465371**, dalle ore 9.00 alle ore 12.00, e dalle ore 14 alle ore 16, dal lunedì al venerdì e tramite posta-elettronica [**scompenso.codogno@libero.it**].

Vi accedono pazienti in cui è stata riscontrata una riduzione della funzione contrattile del ventricolo sinistro, dimessi dall'ambiente ospedaliero, oppure inviati direttamente

dal MMG.

Vi sono sia pazienti in classe funzionale avanzata (III, IV NYHA), sia pazienti in classe più bassa (I, II NYHA) che necessitano di ottimizzazione della terapia o approfondimento diagnostico

Vi accedono anche pazienti asintomatici (stadio B AHA/ACC) con riscontro, in genere occasionale, di disfunzione cardiaca, per inquadramento diagnostico e impostazione di terapia.

Attualmente, in carico all'AMB SC gravitano circa 350 pazienti.

Vi è collaborazione con altre figure professionali (soprattutto nefrologo e pneumologo). Naturalmente vi è stesso contatto con i Colleghi "elettrofisiologi" per la valutazione della necessità di CRT-ICD, secondo linee-guida .

AMBULATORIO SCOMPENSO CARDIACO - P.O. LODI

L'ASC è una attività svolta da un numero ristretto di Medici dell'USC di Cardiologia (2-3 Medici) nel seguente modo:

- Due sedute settimanali fisse presso l'Ambulatorio Divisionale di Cardiologia dei Poliambulatori (piano terra): martedì mattina (ore 9-13) e giovedì pomeriggio (ore 14-16) con prenotazione tramite CUP con indicazione sulla impegnativa di "prima visita ASC" oppure "controllo ASC"
 - martedì prima visita: pazienti dimessi con diagnosi di SC da Cardiologia
 - giovedì: controlli di pz già valutati dall'ASC e per i quali si ritiene necessario follow-up dedicato (IV classe, pz con diagnosi da completare)
- Visite da parte di Medici dell'ASC nei giorni feriali (tra le ore 9 e le ore 13) presso l'Ambulatorio del Reparto (terzo piano) per pazienti in IV classe con difficoltà a mantenere condizioni di stabilità segnalati dall'ASC oppure su richiesta del MMG. L'agenda di questo Ambulatorio è gestita dal Reparto in relazione alla turnazione mensile dei Medici.
- Attività educativa svolta dalla Psicologa che frequenta il Reparto come Borsista. Attività di counseling
- Attività infermieristica ancora da programmare
- **N.tel. di riferimento: 0371.372339**

TIPOLOGIA DI PAZIENTI DA INVIARE ALL'ASC

In considerazione dell'alta prevalenza dello scompenso e dell'alta incidenza di ricoveri per instabilizzazione clinica, non si ritiene che l'ambulatorio dello scompenso abbia la possibilità di prendere in carico tutti i pazienti con scompenso del proprio territorio.

Il follow-up dei pazienti con scompenso deve coinvolgere altri Specialisti all'interno dell'AO e la loro attività deve essere integrata il più possibile con quella dei MMG.

Partendo dalla dimissione dopo episodio di scompenso acuto, l'organizzazione del follow-up può essere la seguente:

- 1) Pazienti dimessi dalla Cardiologia effettuano la prima visita di controllo presso ASC
- 2) Pazienti dimessi da altri Reparti con diagnosi principale di scompenso (ed assenza di altre patologie non cardiache rilevanti per il follow-up) effettuano la prima visita presso Ambulatorio Divisionale della Cardiologia dove si valuterà se avviarli in seguito all'ASC
- 3) Pazienti dimessi da Reparti del Dipartimento Cure Intermedie (Geriatriche, Riabilitazioni) effettuano la prima visita presso l'Ambulatorio di Geriatria; il Geriatra eventualmente contatterà i Medici dell'ASC per avviare il paziente presso quell'Ambulatorio
- 4) Pazienti affetti da scompenso cardiaco stabile vengono seguiti dal proprio MMG. Il MMG qualora ritenga che un paziente non abbia concluso l'iter diagnostico-terapeutico adeguato per la patologia potrà inviare il pz all'ASC con questa specifica indicazione. Nel caso di pazienti in IV classe poco stabili, il MMG potrà contattare i Medici dell'ASC per rinviare il paziente in ASC.

Un utile strumento aggiuntivo di valutazione dei pazienti in fase di pre-dimissione è rappresentato da uno score prognostico validato, che tenga conto delle comorbidità esistenti e che utilizzi variabili facilmente disponibili, e ricavabili in modo non invasivo.

Tra quelli più utilizzati, appare opportuno segnalare il Cardiovascular Medicine Heart Failure Index (CVM-HF Index)

CVM-HF Index

Calcolo del punteggio di rischio

Età (anni)	1 per ogni decade < 40 anni
Anemia	1
Iperensione	-1
BPCO	1
Diabete mellito complicato	2
Insufficienza renale moderata-severa	1
Neoplasia in fase metastatica	4
Assenza di terapia con beta-bloccante	2
Assenza di terapia con ACE-I o ARBs	2
Classe NYHA III-IV	2
Frazione di eiezione < 20%	2
Malattia valvolare severa	2
Fibrillazione atriale permanente	1

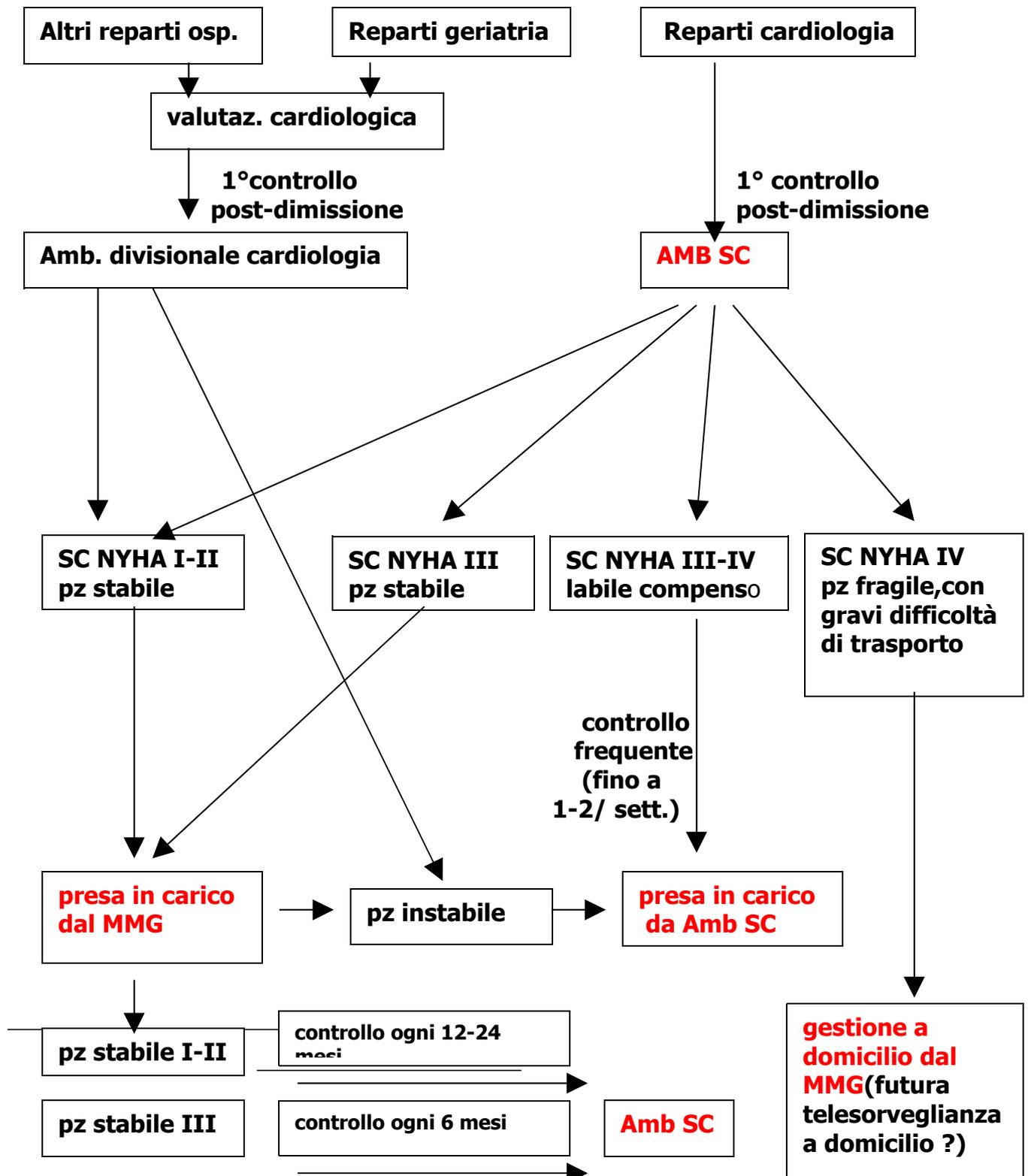
CVM-HF Index

fasce di rischio in rapporto al punteggio

Punteggio CVM-HF Index	Fascia di rischio	Mortalità a 12 mesi
< 6	basso	4%
6 → 11	medio	32%
12 → 16	elevato	63%
≥ 17	Molto elevato	96%

PERCORSI DIFFERENZIATI POST DIMISSIONE PER SC ACUTO

La dimissione ospedaliera avviene di norma dopo la verifica della raggiunta stabilità clinica in terapia orale da almeno 24-48 ore.



PRIMA VISITA PRESSO AMB SC DOPO DIMISSIONE PER SCOMPENSO ACUTO

Al momento della dimissione (sia da reparto cardiologico che da reparto internistico - previa valutazione cardiologica) viene fissata la data della prima visita di controllo presso l'AMB SC (7-30 giorni dalla dimissione, a seconda del grado di severità della malattia), o presso l'Ambulatorio divisionale di Cardiologia

L'appuntamento viene fissato dal personale infermieristico dell'U.O., tramite prescrizione su ricettario SSR, e viene comunicato al paziente verbalmente e tramite lettera di dimissione.

La prima visita serve soprattutto alla rivalutazione della terapia farmacologica che può richiedere adattamenti dei dosaggi alle condizioni di vita a domicilio, diverse rispetto a quelle nel reparto ospedaliero.

CONTROLLI SUCCESSIVI SINO AD OTTIMIZZAZIONE DELLA TERAPIA

Alla prima visita presso AMB SC segue un numero di controlli volti ad ottenere condizioni cliniche e dosaggi farmaceutici ottimali.

Prevista valutazione dell'opportunità di CRT /ICD, secondo linee- guida

A questo punto il paziente seguirà un diverso follow-up a seconda delle classe NYHA di appartenenza:

CLASSIFICAZIONE NYHA

Classe I	L'attività fisica abituale non determina dispnea, astenia, palpitazioni.
Classe II	Lieve limitazione dell'attività fisica abituale per la comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni. Benessere a riposo.
Classe III	Grave limitazione dell'attività fisica. I sintomi di dispnea, affaticamento, ecc. insorgono per attività fisica di entità inferiore a quella abituale. Benessere a Riposo.
Classe IV	Incapacità a svolgere qualsiasi attività senza comparsa di sintomi. Sintomi di scompenso anche a riposo.

Classe NYHA I-II

Ottimizzata la terapia presso AMB SC, se il paziente si mantiene **stabile, in classe funzionale I-II**, viene affidato ai controlli periodici del Medico Curante.

Il follow-up periodico del MMG sarà mirato in particolare :

- alla verifica e al rinforzo dell'aderenza del paziente al piano di cura in tutte le sue componenti, farmacologiche e non farmacologiche
- alla prevenzione delle cause di instabilizzazione (es PA non controllata, frequenza ventricolare elevata in caso di fibrillazione atriale, inadeguata attività fisica, stress psichico, influenza e malattie respiratorie da raffreddamento, ecc.)
- alla verifica della stabilità clinica.

In caso di persistenza di **stabilità clinica** il paziente continuerà ad essere seguito periodicamente dal Curante e afferirà dopo 12-24 mesi presso ASC.

In caso di **instabilizzazione clinica** si dovrà anticipare il controllo cardiologico (mediante contatto telefonico o via e-mail da parte del Medico Curante, con immediata disponibilità di visita cardiologica)

CRITERI DI STABILITA' CLINICA NELLO SC

Criteria clinici

- Bilancio idrico stabile, incremento della dose di diuretico ≤ 1 volta a settimana
- Assenza di segni di congestione (ortopnea, edema, ascite)
- Pressione arteriosa stabile con sistolica > 80 mmHg (valori più alti negli anziani)
- Assenza di sintomi riferibili ad ipotensione posturale
- Frequenza cardiaca ≥ 50 o ≤ 100 battiti/minuto (in generale)
- Assenza d'angina, o angina stabile da sforzo
- Assenza di aritmie maggiori sintomatiche (scarica defibrillatore impiantabile ≤ 1 /mese)
- Capacità funzionale invariata

Criteria di laboratorio

- Funzione renale stabile (creatinemia $< 2,5$ mg/dl)
- Natriemia stabile (> 130 mEq/L)
- Consumo massimo di O_2 senza significative variazioni (< 2 ml/kg/min)

NB: come strumento ausiliario per la verifica della stabilità clinica si dovrà considerare il ruolo del BNP (Brain Natriuretic Peptide-Ormone natriuretico tipo B): incrementi significativi dei BNP rispetto a valori rilevati in fase di stabilità segnalano instabilizzazioni anche sub-cliniche.

FOLLOW-UP DEL PAZIENTE STABILE - Classe NYHA I e II

- Controlli clinici ogni 6 mesi da parte del MMG
- Controllo clinico + ECG presso ASC ogni 12 mesi
- Ecocardiogramma biennale
- Emocromo, azotemia, creatininemia, NA+, K+, + quelli sec. variabili cliniche ogni 6 mesi
- Col. totale, HDL, LDL, Trigliceridi ogni anno
- Presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo PDT concordati)
- Valutazione compliance alla dimissione
- Educazione terapeutica alla dimissione
- Somministrazione questionario QdV e soddisfazione una volta all'anno

Classe NYHA III

Ottimizzata la terapia presso l'AMB SC, se il paziente si mantiene **stabile, in classe funzionale III** si riaffida al Medico Curante per controlli periodici

Immediata disponibilità di controllo cardiologico in caso di instabilizzazione (basta un contatto telefonico da parte del paziente o del Medico Curante)

FOLLOW-UP DEL PAZIENTE STABILE - Classe NYHA III

- Controlli clinici ogni 3 mesi da parte del MMG
- controlli clinici + ECG ogni 6 mesi presso AMB SC
- Ecocardiogramma semestrale
- Emocromo, azotemia, creatininemia, NA+, K+, + quelli sec. variabili cliniche ogni 3 mesi
- Col. totale, HDL, LDL, Trigliceridi ogni anno
- Presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo PDT concordati)
- Valutazione compliance alla dimissione
- Educazione terapeutica alla dimissione
- Somministrazione questionario QdV e soddisfazione ogni sei mesi

Classe NYHA III-IV

I paziente che, a terapia ottimizzata, rimangono in **Classe funzionale III-IV** (labile compenso), e che **NON** sono grandi anziani e **NON** hanno numerose comorbidità, **vengono seguiti dall'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco**

se eleggibili per Trapianto cardiaco:

- invio presso Centri di Riferimento per valutazione messa in lista di trapianto.
- Nell'attesa, programma personalizzato sul paziente: visite ravvicinate (es.: a cadenza bi-settimanale) , ricoveri ciclici in regime di Day Hospital per infusione di farmaci (inotropi, vasodilatatori, diuretici), contatti diretti con il Centro Trapianti e con la struttura di riabilitazione specialistica collegata (presso la quale il paziente in lista di trapianto dovrà comunque essere ricoverato per rivalutazione clinica e strumentale ogni 6 mesi)

se non eleggibili per Trapianto cardiaco:

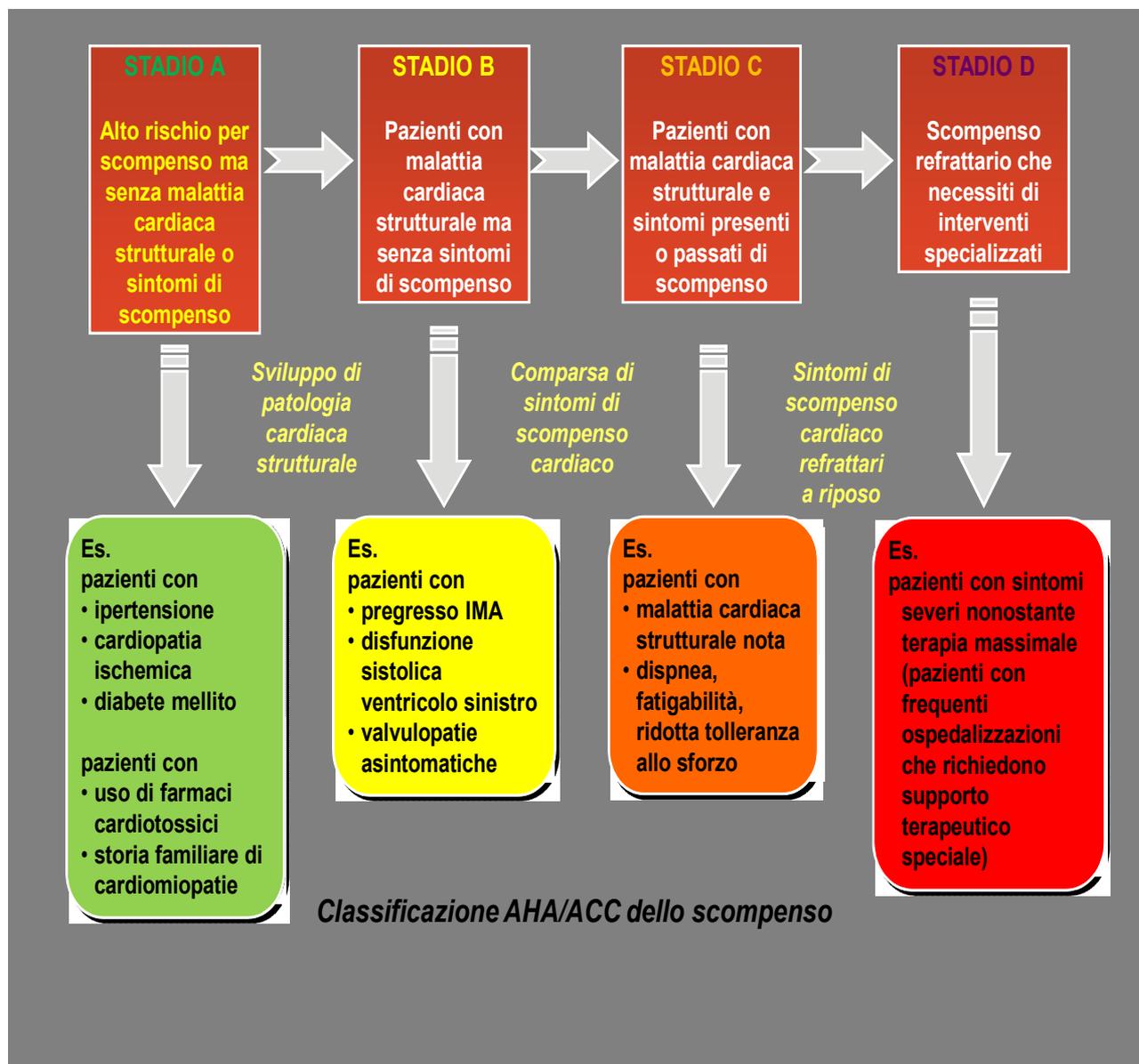
- programma personalizzato sul paziente con visite ravvicinate (anche a cadenza settimanale-bisettimanale), ricoveri in regime di Day Hospital per infusione di farmaci.
In concomitanza: sorveglianza da parte del MMG per individuazione precoce delle instabilizzazioni.

Classe NYHA IV in paziente fragile

Pazienti grandi anziani, "fragili", con SC severo (**IV classe NYHA**), con gravi comorbidità e grave difficoltà o impossibilità all'accesso ambulatoriale:

- primo controllo precoce , secondo il livello di severità della malattia, presso ASC per verifica della stabilità clinica, per ottimizzazione terapeutica e risoluzione delle problematiche aperte
- quindi riaffido al Medico Curante per follow-up, con eventuale collaborazione con altre figure professionali, nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata o delle cure palliative

Pazienti a rischio di sviluppare Scompenso Cardiaco. Classificazione AHA/ACC - Stadio A

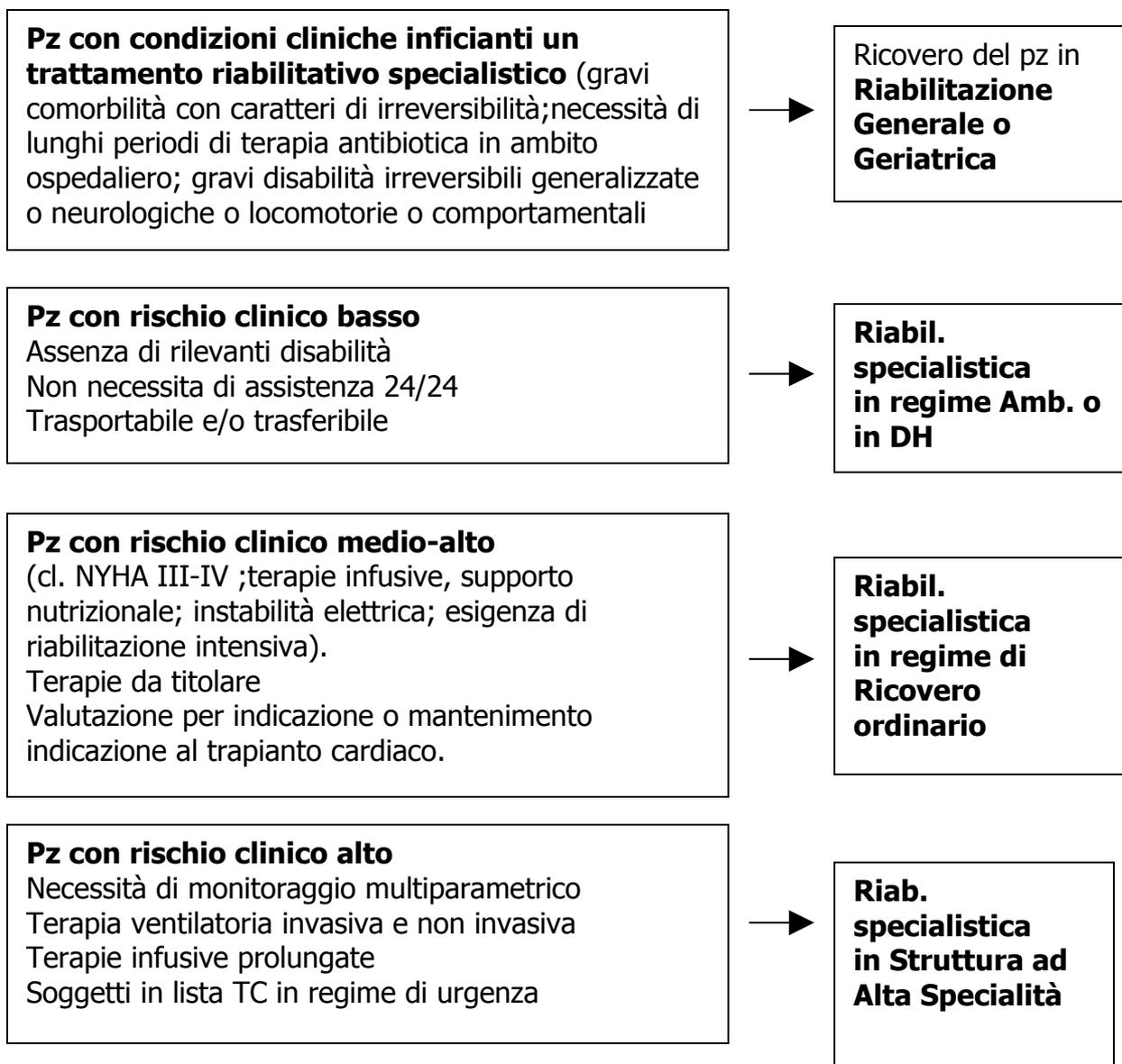


SCOMPENSO CARDIACO E CARDIOLOGIA RIABILITATIVA (CR)

La CR è descritta come un processo multifattoriale che persegue il fine di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare la ripresa e il mantenimento di un ruolo sociale attivo, riducendo il rischio di eventi cardiovascolari successivi, incidendo in modo positivo sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita.

Salvo casi particolari, l'accesso dei pazienti e la successiva loro presa in carico dalle strutture di CR è ritenuta appropriata qualora avvenga (con o senza trasferimento diretto tra strutture) entro 15 giorni successivi dalla dimissione dell'Ospedale per acuti (evento indice).

Criteria di accesso alle varie tipologie di intervento:



DESTINATARI DEL P.D.T.

- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Medici Specialisti degli Ambulatori dello Scompeso Cardiaco pubblici e privati accreditati e delle U.O. dimettenti i pazienti post SC acuto

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

- Educazione sanitaria e counseling
- Gestione del trattamento farmacologico
- Presa in carico dei pazienti con SC post-acuto secondo il percorso individuato
- Attivare lo studio medico con attrezzature e, se possibile, personale per seguire i pazienti post-SC acuto
- Monitorare effetti collaterali delle terapie
- Invio del paziente al Centro Specialistico nelle situazioni indicate nel percorso
- Valutazione del rischio cardiocerebrovascolare per pazienti tra i 40 ed i 69 anni.

COMPITI DEI CENTRI AMBULATORIALI DELLO SC

- Inquadramento diagnostico, terapeutico, dietetico, educativo dei pazienti dopo visita cardiologica
- * Rilascio della certificazione necessaria al riconoscimento di esenzione per patologia (cod. 021.428 "Insufficienza Cardiaca .N.Y.H.A. III-IV) tramite trasmissione ai Distretti o al Punto Accoglienza del P.O.di Lodi
- Valutazione periodica secondo il Follow-up programmato
- Presa in carico dei pazienti gestiti dai MMG in situazioni cliniche particolari
- Epidemiologia (raccolta informatizzata di dati sui pazienti gestiti e condivisione con L'ASL)
- Educazione terapeutica del paziente e dei familiari.
- Formazione/informazione dei medici ed altri sanitari coinvolti
- Aggiornamento continuo sui problemi clinici - farmacologici – organizzativi
- Valutazione del rischio cardiocerebrovascolare per pazienti tra i 40 ed i 69 anni
- Valutare i reports inviati dalla ASL, e fornire alla stessa le informazioni richieste periodicamente

COMPITI DELL'ASL

- Individuare un Referente per la gestione integrata del Paziente post SC acuto – [Responsabile del USC Assistenza Specialistica]
- Raccogliere i dati secondo gli indicatori elencati ed inviarli regolarmente ai MMG e ai Centri Specialistici.
- Garantire la collaborazione tra MMG e specialisti ospedalieri attraverso incontri aziendali / distrettuali di aggiornamento ed organizzazione
- Assicurare l'aggiornamento e/o la revisione periodica del P.D.T. a seguito di indicazioni normative e/o di indicazioni promosse dagli Specialisti Cardiologi e dai MMG

INDICATORI

frequenza della valutazione degli indicatori: annuale (con confronto rispetto ai dati degli anni precedenti)

INDICATORI DI PROCESSO

- 1) Adozione di un modello di lettera di dimissioni strutturata, redatta al termine di un evento acuto
- 2) Istituzione o mantenimento di uno o più Ambulatori dedicati per SC
- 3) Disponibilità di un P.D.T. condiviso

INDICATORI DI RISULTATO

- 1) N. ricoveri ripetuti a 30 e 90 giorni dalla dimissione
- 2) N. accessi in PS/DEA dopo la dimissione
- 3) Mortalità intra-ospedaliera e a 30 giorni dalla dimissione
- 4) pazienti e n. accessi dei pazienti dimessi presso gli Ambulatori SC
- 5) N. pazienti dimessi e seguiti in A.D.I.
- 6) N. pazienti dimessi e seguiti dal MMG in A.D.P.

LINEE GUIDA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- * Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. G.Ital.Cardiologia 2006
- * Senni M et al. A novel prognostic Index to determine the impact of cardiac conditions and co-morbidities on one-year outcome in patients with heart failure. Am J Cardiol 2006; 98: 1076- 82
- * ASL della Provincia di Lodi (Del. n.30 del 25/02/2008, all.1) e A.O. della Provincia di Lodi. "Dimissioni protette e continuità di cura". Ottobre 2007
- * Regione Lombardia. D.D.G. 9772 del 30/09/2009 "Appropriatezza delle attività di Cardiologia Riabilitativa nel Sistema Sanitario della Regione Lombardia".
- * Regione Lombardia. D.G.R. 10804 del 16/12/2009" Determinazioni in ordine alla gestione del servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2010" all. 4 "Piani e programmi di sviluppo"
- * Regione Lombardia. D.D.G. 2886 del 24/03/2010 "Determinazioni in merito ai percorsi e continuità assistenziale nel paziente con scompenso cardiaco dopo evento acuto".

Gruppo di Lavoro per il PDT SC post-acuto:

dr.ssa Tullia Resasco	A.O. Lodi – Dir. Medico Ambulatorio SC P.O. Codogno
dr.ssa Marina Ponzetta	A.O. Lodi - Dir. Medico Ambulatorio SC P.O. Lodi
dr. Carlo Bianchi	A.O. Lodi - Direttore USC Cardiologia P.O. Codogno
dr. Egidio Marangoni	A.O. Lodi - Direttore USC Cardiologia P.O. Lodi
dr. Ettore Cunietti	A.O. Lodi - Direttore Dip. Cure Intermedie-Riabilitazione
dr.ssa Elena Focchi	ASL Lodi – Dir. Farmacista – USC Assistenza Farmaceutica
dr. Giuseppe Monticelli	ASL Lodi - Responsabile USC Assistenza Specialistica
dr. Danilo Grazzani	ASL Lodi – Dir. Medico Dipartimento Cure Primarie
dr. Marcello Natali	Medico di Medicina Generale - Distretto del Basso Lod.

PRONTUARIO FARMACI PER LA TERAPIA DELLO SCOMPENSO CARDIACO

PRINCIPIO ATTIVO	SPECIALITA'	DOSAGGI	GENERICO
C01AA	GLICOSIDICI DIGITALICI		
DIGOSSINA FIALE	GENERICO SALF	0,1mg/ml-0,25mg/ml(fascia C)	SI
DIGOSSINA CPS	EUDIGOX	0,100mg-0,200mg	NO
DIGOSSINA CPR	LANOXIN	0,0625mg-0,125mg-0,250mg	NO
DIGOSSINA FIALE	LANOXIN	0,5mg/2ml	NO
DIGOSSINA SCIROPPO	LANOXIN	0,05mg/ml	NO
METILDIGOSSINA GOCCE OS	LANITOP	10ml 6mg	NO
METILDIGOSSINA CPR	LANITOP	0,05mg-0,1mg	NO
METILDIGOSSINA FIALE	LANITOP	0,2mg/2ml	NO
C01BD	ANTIARITMICI CLASSE III		
AMIODARONE CPR	AMIODAR,CORDARONE	200mg	SI
C03AA	TIAZIDI		
IDROCLOROTIAZIDE CPR	ESIDREX	25mg	NO
C03BA	SULFONAMIDI		
INDAPAMIDE EMIIDRATO	IPAMIX	2,5mg	NO
INDAPAMIDE CPR	NATRILIX,INDAMOL,VEROXIL	2,5mg-1,5mg ret	SI
CLORTALIDONE CPR	IGROTON	25mg	NO
METOLAZONE CPR	ZAROXOLYN	10mg-5mg	NO
C03CA	SULFONAMIDI		
TORASEMIDE CPR	DIUREMID,DIURESIX,TORADIUR	10mg	SI
FUROSEMIDE CPR	LASIX	25mg-500mg	SI
FUROSEMIDE SOL. ORALE	LASIX	10mg/ml	NO
FUROSEMIDE FIALE	LASIX,GENERICO HEXAL	250mg/25ml-20mg/2ml	SI
PIRETANIDE CPR	TAULIZ	3mg-6mg (fascia C)	NO

PRINCIPIO ATTIVO	SPECIALITA'	DOSAGGI	GENERICO
C03DA	ANTAGONISTI DELL'ALDOSTERONE		
SPIRONOLATTONE CPR POTASSIO CANREOLATO CPR CANRENONE	ALDACTONE,SPIROLANG,URACTONE DIUREK,KANRENOL LUVION	25mg-50mg-100mg 25mg (fascia C)-100mg-200mg 100mg-50mg	NO SI solo 100mg N
C03EA	DIURETICI AD AZIONE MINORE E FARMACI RISPARMIATORI DI K		
IDROCLOROTIAZIDE+SPIRONOLATTONE BUTIZIDE+POTASSIO CANREOLATO IDROCLOROTIAZIDE+AMILORIDE	ALDACTAZIDE,SPIRIDAZIDE KADIUR MODURETIC	25mg+25mg 5mg+50mg 5mg+50mg	NO NO NO
C03EB	DIURETICI AD AZIONE MAGGIORE E FARMACI RISPARMIATORI DI K		
FUROSEMIDE+TRIMTERENE FUROSEMIDE+SPIRONOLATTONE	FLUSS 40 LASITONE, SPIROFUR 50	40mg+25mg 25mg+37mg-20mg+50mg	NO NO
C07AB	BETA BLOCCANTI SELETTIVI		
BISOPROLOLO CPR NEBIVOLOLO CPR METOPROLOLO CPR	CARDICOR,CONGESCOR,SEQUACOR LOBIVON,NEBILOX LOPRESOR,SELOKEN	1,25mg-2,5mg-3,75mg-5mg- 7,5mg-10mg 5mg 100mg-200mg ret.	SI SI SI
C07AG	BLOCCANTI REC. ALFA- E BETA- ADRENERGICI		
CARVEDILOLO CPR LABETALOLO FIALE	CARVIPRESS,DILATREND E SIMILI	6,25mg-25mg 5mg/ml	SI

PRINCIPIO ATTIVO	SPECIALITA'	DOSAGGI	GENERICO
C07BB	BETABLOCCANTI SELETTIVI + TIAZIDI		
BISOPROLOLO+IDROCLOROTIAZIDE	LODOZ	10mg+6,25mg-2,5mg+6,25mg-5mg+6,25mg	NO
C07CB	BETABLOCCANTI SELETTIVI E ALTRI DIURETICI		
METOPROLOLO+CLORTALIDONE	IGROTON LOPRESOR	25mg+200mg ret.	NO
C09AA	ACE-INIBITORI NON ASSOCIATI		
QUINAPRIL CPR	ACCUPRIN,ACEQUIN,QUINAZIL	20mg-5mg	SI
LISINOPRIL CPR	ALAPRIL,PRINIVIL,ZESTRIL	20mg-5mg	SI
BENAZEPRIL CPR	CIBACEN,TENKUOREN,ZINADRIL	10mg-5mg	SI
ZOFENOPRIL CPR	BIFRIL,ZANTIPRES,ZOPRANOL	30mg-7,5mg	NO
CAPTOPRIL CPR	ACEPRESS,CAPOTEN	25mg-50mg	SI
PERINDOPRIL (arginina) CPR	COVERSYL,PROCAPTAN	5mg-10mg	NO
PERINDOPRIL(tert-butilammina) CPR	GENERICO	4mg-8mg	SI
ENALAPRIL CPR	CONVERTEN,ENAPREN,NAPRILENE	5mg-20mg	SI
DELAPRIL CPR	DELAKET	15mg-30mg	NO
FOSINOPRIL CPR	ELITEN,FOSIPRES,TENSOGARD	10mg-20mg	SI 20mg
CILAZAPRIL CPR	INIBACE,INITISS	5mg	NO
RAMIPRIL CPR	QUARK,TRIA TEC,UNIPRIL	2,5mg-5mg-10mg	SI
C09BA	ACE-INIBITORI E DIURETICI		
QUINAPRIL+IDROCLOROTIAZIDE	ACCURETIC,ACEQUIDE,QUINAZIDE	20mg+12,5mg	SI
CAPTOPRIL+IDROCLOROTIAZIDE	ACEDIUR,ACEPLUS	50mg+15mg-50mg+25mg	50mg+25mg
ENALAPRIL+IDROCLOROTIAZIDE	ACESISTEM,CONDIUREN,VASORETIC,GENTIPRES	20mg+12,5mg-20mg+6mg	SI
BENAZEPRIL+IDROCLOROTIAZIDE	CIBADREX,TENSADIUR,ZINADIUR	10mg+12,5mg	SI
ZOFENOPRIL+IDROCLOROTIAZIDE	BIFRIZIDE,ZANTIPRIDE,ZOPRAZIDE	30mg+12,5mg	NO
DELAPRIL+INDAPAMIDE	DELAPRIDE,DINAPRES	30mg+2,5mg	NO
FOSINOPRIL+IDROCLOROTIAZIDE	FOSICOMBI,TENSOZIDE	20mg+12,5mg	SI
CILAZAPRIL+IDROCLOROTIAZIDE	INIBACE PLUS,INITISS PLUS	5mg+12,5mg	NO

PRINCIPIO ATTIVO	SPECIALITA'	DOSAGGI	GENERICO
LISINOPRIL+IDROCLOROTIAZIDE	NALAPRES,PRINZIDE,ZESTORETIC	20mg+12,5mg	SI
PERINDOPRIL+INDAPAMIDE	PRETERAX,PRELECTAL	2,5mg+0,625-5mg+1,25	NO
RAMIPRIL+PIRETANIDE	PRILACE	5mg+6mg	NO
RAMIPRIL+IDROCLOROTIAZIDE	IDROQUARK,TRIA TEC HCT,UNIPRILDIUR	2,5mg+12,5mg-5mg+25mg	SI
C09CA	ANTAGONISTI ANGIOTENSINA II NON ASSOCIATI		
CANDESARTAN CILEXETIL	BLOPRESS,RATACAND	8mg-16mg-32mg	NO
LOSARTAN	LORTAAN,LOSAPREX,NEO LOTAN	12,5mg-50mg-100mg	SI
OLMESARTAN MEDOXOMIL	OLMETEC,OLPRESS,PLAUNAC	10mg-20mg-40mg	NO
VALSARTAN	RIXIL,TAREG,VALPRESSION	40mg-80mg-160mg-320mg	NO
C09DA	ANTAGONISTI ANGIOTENSINA II E DIURETICI		
CANDESARTAN+IDROCLOROTIAZIDE	BLOPRESID,RATACAND PLUS	16mg+12,5mg-32mg+12,5mg	NO
VALSARTAN+IDROCLOROTIAZIDE	COMBISARTAN,CORIXIL,COTAREG	80mg/12,5mg-160mg/12,5mg	NO
LOSARTAN+IDROCLOROTIAZIDE	FORZAAR,HIZAAR,LOSAZID,NEO LOTAN PLUS	50mg+12,5mg-100mg+25mg	SI