

Indagine conoscitiva sulla gestione dello scompenso cardiaco nella Regione Marche

Franco Racco¹, Domenico Gabrielli², Alberto Deales¹, per il Gruppo di Coordinamento Regionale

¹Area Qualità dei Processi Assistenziali e Reti Cliniche, Agenzia Regionale Sanitaria Marche, ²Cardiologia Ospedaliera, OORR Presidio Lancisi, Ancona

Key words:
Clinical pathways;
Healthcare systems;
Heart failure;
Outpatient clinics.

Background. Chronic diseases represent a major clinical and social problem. Both institutions and professionals are called upon to provide accurate and efficient care at all stages in the clinical pathway. Heart failure (HF) is one of the most chronic diseases with the highest impact on survival, quality of life, and overall costs and assistance. However, healthcare support is often fragmented and with little attention to coordination through the different stages of the clinical pathway.

Methods. On the basis of the synergistic approach for implementation of clinical pathways between the Regional Healthcare Agency of the Marche Region and the consensus document of the Italian Federation of Cardiology, we decided to conduct a survey on assistance programs to patients with HF in the Marche Region. The questionnaire was modeled on one developed by the Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO) during the years 2004-2005, and was sent to all facilities participating in the Cardiology Network of the Marche Region; all the 15 facilities surveyed answered correctly.

Results. An outpatient HF clinic is available only in 5 of the 15 facilities surveyed. Five facilities have dedicated medical staff, whereas only 3 facilities have nursing staff. A clinical pathway is planned with general practitioners only in 2. The discharge letter is well structured and also provides a direct management of follow-up controls. None of the facilities offer medical or nursing staff to support patients at home.

Conclusions. In the Marche Region, although few in number, outpatient HF clinics provide good-quality care. Clinical pathways are currently implemented in 2 facilities. Another clinical pathway, however, is going to be developed including all hospital facilities (Cardiology, Internal Medicine, Geriatrics) and out-of-hospital healthcare providers (local care planning, general practitioners, outpatient specialists) with the active participation of all professionals involved in the clinical pathways of HF patients.

(G Ital Cardiol 2010; 11 (3): 239-245)

© 2010 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 27 maggio 2009; nuova stesura il 28 luglio 2009; accettato il 24 agosto 2009.

Per la corrispondenza:

Dr. Franco Racco

Agenzia Regionale
Sanitaria
Via Gentile da Fabriano, 3
60125 Ancona
E-mail: franco.racco@
regione.marche.it

Introduzione

Lo scenario dei bisogni assistenziali nel nostro paese è profondamente cambiato con il conseguente spostamento dell'asse delle cure dalle patologie acute alle croniche. La cronicità è dunque il nuovo scenario con cui i professionisti e le istituzioni devono confrontarsi per sviluppare risposte assistenziali efficaci e sostenibili. L'esigenza primaria di offrire ai pazienti chiari punti professionali di riferimento lungo tutto il percorso di cura può trovare soluzione solo dalla consapevole messa in atto di esplicite strategie gestionali, condivise dalle diverse professionalità sanitarie e sostenute a livello istituzionale¹⁻⁴.

Lo scompenso cardiaco (SC) è, oggi, nel mondo occidentale, una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita dei pazienti e sull'assorbimento di risorse. Tuttavia la risposta complessiva del sistema ai bisogni di questi pazienti non è ottimale, per le eterogeneità culturali, professionali, organizzative, presenti a tutti i livelli, e la mancanza di un coordinamento ge-

nerale, che si riverberano in un'assistenza spesso discontinua e frammentaria. Emerge, quindi, la necessità di ridefinire i ruoli e le responsabilità delle diverse figure professionali nell'ambito di una nuova ed efficiente rete assistenziale al paziente cronico^{1,5-7}.

Lo SC si presenta più di frequente come una patologia cronica, ma con fasi di instabilità che inducono a frequenti ospedalizzazioni. La scarsa aderenza del paziente alle prescrizioni farmacologiche e comportamentali è una delle cause più frequenti di instabilizzazione clinica, ma anche correggibile attraverso una buona gestione sanitaria⁸⁻¹¹.

L'analisi dei ricoveri ospedalieri nazionali mostra che il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) è divenuto in Italia nel 2003 la prima causa di ricovero ospedaliero dopo il parto naturale e che lo SC rappresenta la patologia che assorbe la maggiore quantità di risorse per l'assistenza ospedaliera¹².

Lo SC rappresenta l'1-2% di tutta la spesa sanitaria dei paesi occidentali; nel nostro paese la spesa totale (assistenza ospedaliera, ambulatoriale e domiciliare) per SC è pari circa

all'1.8-2.2% della spesa sanitaria globale (dati Ministero della Salute) ed all'1.4% della spesa sanitaria nazionale. Nella Regione Marche è stato condotto uno studio per analizzare i costi sanitari per lo SC ed i risultati ottenuti confermano la rilevanza di detta patologia che appare in continua diffusione con un crescente ricorso all'assistenza ospedaliera. Il numero dei ricoveri (con SC come diagnosi principale) evidenzia una crescita con un incremento dell'11% dai 6097 del 2001 ai 6751 del 2003 dovuto unicamente ai ricoveri in regime ordinario^{13,14}.

Un recente studio di Gomez-Soto et al.¹⁵, che hanno confrontato 1857 pazienti alla prima diagnosi di insufficienza cardiaca, seguiti mediamente con approccio integrato tra internisti e medici di medicina generale (MMG), con 1981 pazienti gestiti secondo il sistema tradizionale di visite, ha dimostrato come il consulto sistematico di internisti e MMG, rispetto alla gestione tradizionale, permette di migliorare la prognosi e l'efficienza della gestione clinica riducendo la mortalità del 10.8% e la morbilità, riducendo il ritardo nella somministrazione delle cure e velocizzando il processo diagnostico-terapeutico. Inoltre il ritardo nel raggiungimento delle cure specialistiche si è ridotto di oltre 26 giorni, mentre la proporzione di casi risolti è migliorata del 17.2%. Tali dati, pur con le dovute cautele riguardo in particolare alla riduzione della mortalità, appaiono di sicuro interesse.

Considerata la sintonia degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale 2006-2009 relativamente all'implementazione dei percorsi/profili di assistenza per lo SC nella Regione Marche e gli obiettivi del documento di consenso della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) sul percorso assistenziale dei pazienti con SC¹, l'Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche (ARS) e l'ANMCO Marche hanno concordato di elaborare e condurre un progetto congiunto per una reale implementazione dei percorsi assistenziali in tutta la Regione Marche.

Obiettivo prioritario è quello di favorire la gestione integrata ospedale-territorio dei pazienti con SC, che è attualmente considerata la corretta modalità di trattamento sia in termini di efficacia che di efficienza. Perché questo si realizzi sono necessarie la collaborazione di figure professionali differenti nelle diverse fasi della storia della malattia e l'individuazione di percorsi comuni e condivisi basati sulle linee guida.

A questo scopo è stato costituito un gruppo di coordinamento regionale del "Progetto Percorsi assistenziali per lo SC nella Regione Marche" per l'attuazione del progetto nell'ottobre 2007, e successivamente aggiornato (Appendice 1).

Vengono qui presentati i risultati dell'indagine conoscitiva condotta dal gruppo di coordinamento regionale sull'attuale organizzazione dei percorsi per i pazienti con SC nella Regione Marche. L'indagine condotta nel mese di aprile 2008 descrive l'organizzazione corrente della gestione ambulatoriale ospedaliera dei pazienti con SC in tutta la Regione Marche, in quanto la conoscenza dell'esistente con l'individuazione sia dei punti di forza che di debolezza costituisce un momento fondamentale di analisi, preliminare ad una riprogettazione dei percorsi.

Materiali e metodi

Il questionario (Appendice 2), frutto di un adeguamento del modello utilizzato dall'Area Scempenso ANMCO nel-

l'indagine conoscitiva negli anni 2004-2005 su "La gestione integrata ospedale-territorio nello scompenso cardiaco", è stato inviato in questa prima fase ai direttori delle U.O. di Cardiologia, al direttore dell'U.O. di Medicina Interna dell'Ospedale di Osimo in quanto componenti del Gruppo "Rete Cardiologica Marchigiana". In una fase successiva, l'indagine sarà estesa a tutte le U.O. di Medicina Interna e Geriatria della Regione in considerazione del coinvolgimento di queste U.O. nella gestione del paziente con SC, spesso anziano e affetto da polipatologie. Tutte le strutture interpellate hanno risposto al questionario. Le risposte sono state successivamente elaborate dall'Area Qualità dei Processi Assistenziali dell'ARS Marche.

In sintesi, il questionario prevedeva risposte dettagliate in riferimento a:

- presenza di un ambulatorio dedicato allo SC, dell'eventuale personale dedicato e dell'orario di attività;
- organizzazione delle prenotazioni e dei controlli, in particolare se gestiti concordemente con il MMG;
- esistenza di protocolli diagnostico-terapeutici (profili di assistenza) condivisi;
- modalità delle dimissioni dall'ambiente ospedaliero, accuratezza della lettera di dimissione, programmazione dei controlli successivi ed eventuali collegamenti diretti con la medicina territoriale (MMG e specialisti ambulatoriali);
- attività e prestazioni effettuate presso gli ambulatori dedicati alla SC (per alcune U.O. le risposte sono riferite all'Ambulatorio Cardiologia in quanto prive di ambulatorio dedicato allo SC).

Risultati

Nella Regione Marche un'attività dedicata allo SC è presente in 5 su 15 strutture (33.30%) in confronto al 54.64% dell'indagine nazionale ANMCO, in particolare 61% delle Cardiologie del Nord rispetto al 52% del Centro e al 48% del Sud (Tabelle 1-3).

Nei 5 ambulatori dedicati allo SC le ore settimanali dedicate ai pazienti affetti da SC vanno da un minimo di 3h ad un massimo di 18h: la maggiore disponibilità è garantita nel Presidio Ospedaliero Regionale "G.M. Lancisi" (Tabelle 1 e 4).

Il personale dedicato per la gestione dell'ambulatorio dello SC è in totale di 8 medici e 5 infermieri; 2 delle strutture che hanno attivato un ambulatorio dedicato allo SC non hanno un infermiere dedicato. In una struttura è presente un operatore socio-sanitario dedicato.

La gestione dei controlli ambulatoriali è quasi esclusivamente a carico dell'ospedale: in 2 su 5 centri la programmazione dei controlli è gestita solo dall'ospedale, in 3 strutture per circa l'80% solo dall'ospedale e per circa il 20% concordata con i MMG.

Solo in 2 strutture esiste un percorso/profilo di assistenza formalmente condiviso tra specialista cardiologo e MMG, elaborati rispettivamente nel 2004 e nel 2000.

In nessuno degli ospedali oggetto dell'indagine, sia che siano dotati di ambulatorio dello SC sia che non lo siano, la dimissione dall'ospedale dopo un ricovero per SC acuto viene concordata preventivamente con il MMG del paziente.

In 14 dei 15 ospedali interessati nell'indagine (93%) è prevista la programmazione del controllo ambulatoriale,

Tabella 1. Caratteristiche dei 5 ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco nella Regione Marche.

Personale dedicato	
Medico ^a	5
Infermiere ^a	4
La prenotazione è gestita da:	
CUP	0
Extra-CUP	5
I controlli presso l'ambulatorio SC sono:	
Programmati solo dall'ospedale	2
Concordati solo con il MMG	0
Entrambe le possibilità (80%/20%)	3
Protocollo diagnostico-terapeutico formalmente condiviso fra specialista e MMG	2
Dimissione dall'ospedale dopo un evento acuto concordata preventivamente con il MMG del paziente	0
Lettera di dimissioni formulata dettagliatamente con riferimento a:	
Orari dei farmaci	4
Consigli dietetici	4
Monitorare il bilancio idrico e il peso	4
Attività fisica consigliata	5
Controlli ambulatoriali programmati alla dimissione	5
Canali di comunicazione preferenziali	
Con il MMG	3
Specialista ambulatoriale	1
Attività operative per i pazienti con SC	
Accessi del cardiologo/internista a domicilio	0
Accessi dell'infermiere (cardiologia/medicina interna) a domicilio del paziente	0
Telemedicina/telemonitoraggio a domicilio	1
Prestazioni effettuate dall'ambulatorio SC	
Visita specialistica, ecocardiogramma, ECG, counseling	5
Test ergospirometrico	2
Test del cammino	4

CUP = Centro Unico di Prenotazione; MMG = medico di medicina generale; SC = scompenso cardiaco.

^ain totale 8 medici e 5 infermieri.

Tabella 3. Distribuzione regionale delle cardiologie con ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco (ANMCO, Censimento cardiologie 2005).

Regione	N. centri
Lombardia	70
Campania	38
Lazio	37
Veneto	33
Calabria	29
Sicilia	28
Piemonte	27
Toscana	27
Emilia-Romagna	25
Puglia	22
Liguria	13
Abruzzo	9
Sardegna	9
Friuli Venezia Giulia	8
Basilicata	5
Marche	5
Umbria	5
Provincia Autonoma di Bolzano	3
Molise	2
Provincia Autonoma di Trento	2
Valle d'Aosta	1

compresi i centri che non sono dotati di ambulatorio dedicato (in questo caso il controllo viene eseguito da un cardiologo dell'equipe, anche se non dedicata). Come sopra segnalato, solo nelle 5 strutture con ambulatorio dedicato la prenotazione è gestita in modalità extra-CUP.

Il primo controllo successivo ad un ricovero per SC è programmato ad 1 mese dalla dimissione in 8 strutture (53%), in 6 strutture rispettivamente a 10 giorni, a 3 settimane, a 2 mesi, a 3 mesi, a 4-6 mesi, secondo le necessità cliniche, ed infine in 1 struttura non è programmato alcun controllo. I controlli successivi al primo sono programmati in 7 centri (47%) e previsti in un centro dopo 1 mese e successivamente secondo le necessità cliniche del paziente; in

Tabella 2. Confronto tra l'indagine condotta dal Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco, in collaborazione con il Centro Studi ANMCO e l'indagine condotta nella Regione Marche.

	Italia (Regione Marche compresa)	Strutture della Regione Marche
Strutture contattate	861	15
Risposte inviate	593/861 (69%)	15 (100%)
Esistenza attività dedicata allo SC	324/593 (54.64%)	5/15 (33.30%)
Ambulatorio dedicato	324	5
Attività riconosciuta	176 (54.32%)	5
Degenza dedicata a SC	93 (28.70%)	1
Ordinari	67 (72.04%)	
Day-hospital	12 (12.90%)	
Ordinari+day-hospital	2 (2.15%)	
Non compilato	12 (12.90%)	
Esistenza personale dedicato	211 (65.12%)	5
Personale medico dedicato	210 (99.53%)	5
Personale infermieristico dedicato	171 (81.04%)	3
Prenotazioni gestite dal CUP	72 (22.22%)	0
Controlli quadrimestrali pazienti stabili	261 (80.56%)	5

CUP = Centro Unico di Prenotazione; SC = scompenso cardiaco.

Tabella 4. Sintesi dei risultati dell'indagine conoscitiva condotta nella Regione Marche.

L'ambulatorio dedicato allo SC è presente in 5 delle 15 strutture della Regione.

In 2 strutture è previsto solo il medico dedicato, in una è presente anche un OSS.

Le ore dedicate variano da un minimo di 3h ad un massimo di 18h settimanali.

Solo in 2 strutture è presente un percorso/profilo di assistenza concordato con i MMG.

La dimissione dall'ospedale concordata con i MMG non è prevista in nessun presidio della Regione.

La lettera di dimissione dopo un ricovero per SC è ben dettagliata in gran parte delle strutture.

Le strutture dotate di ambulatorio dedicato garantiscono anche una gestione diretta degli appuntamenti dei controlli successivi al ricovero e un buon livello delle prestazioni suggerite per un corretto controllo di questi pazienti.

Solo in 2 strutture è attivo il servizio di telemedicina/telemonitoraggio a domicilio.

Non si prevede mai l'accesso del medico e/o dell'infermiere dell'ospedale a domicilio del paziente.

MMG = medico di medicina generale; OSS = operatore socio-sanitario; SC = scompenso cardiaco.

altre 2 strutture secondo le necessità cliniche del paziente; in 3 strutture ogni 3 mesi (in una di queste 3 il follow-up è previsto specificatamente per l'arco temporale di 1 anno), in una ogni 6 mesi. Negli altri 8 centri non è segnalata la cadenza dei controlli successivi.

Canali di comunicazione preferenziali sono previsti con i MMG in 8 ospedali (53.3%) e con lo specialista cardiologo ambulatoriale in 3 (20%). In particolare nei 5 centri dove è attivo l'ambulatorio dello SC, in uno non è previsto alcun canale di comunicazione, in 3 solo con il MMG ed infine in un centro è previsto sia verso il MMG che verso lo specialista ambulatoriale.

Solo in 2 centri (13.3%), uno dei quali dotato di ambulatorio dedicato allo SC, sono previste modalità di controllo di tipo telemedicina. In nessuno dei centri è previsto l'accesso del medico e/o dell'infermiere a domicilio del paziente.

Relativamente alle prestazioni effettuate, l'analisi limitata ai soli centri in cui è attivo l'ambulatorio per lo SC mostra che tutti i 5 centri effettuano regolarmente la visita specialistica, l'ECG, l'ecocardiogramma e il *counseling*, mentre il test del cammino viene eseguito in 4 dei 5 centri (80%), il test ergospirometrico in 2 dei 5 centri (40%).

Discussione

È ampiamente riconosciuto che l'ambulatorio dello SC rappresenta un punto di riferimento per garantire la continuità assistenziale e fornire supporto e collaborazione alla cura del paziente all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera, fino alla presa in carico dei pazienti più complessi.

A fronte del suggerimento del documento di consenso

FIC nel quale si auspica che ogni ospedale si organizzi per istituire un ambulatorio dedicato alla cura dello SC al quale afferisce il team medico-infermieristico con competenze specifiche per lo SC ed aperto al coinvolgimento diretto di internisti e geriatri¹, nella Regione Marche l'ambulatorio dedicato allo SC è attivo in 5 dei 15 centri intervistati (pari al 33.3%), in misura minore quindi rispetto a realtà regionali simili per dimensioni e configurazione orografica (Abruzzo, Umbria).

Quando confrontata con le altre realtà (sia delle regioni limitrofe, sia delle macroaree, sia in senso più generale dell'intera realtà italiana), la Regione Marche registra dunque una scarsa presenza di strutture ambulatoriali dedicate allo SC. Per contro, bisogna sottolineare che quando presenti (5 centri ospedalieri sui 15 contattati) gli ambulatori dedicati allo SC sono ben strutturati e rispondono in modo soddisfacente alle esigenze proprie di un'assistenza sanitaria adeguata ai bisogni dei pazienti.

È utile sottolineare che solo in 2 dei 5 centri con ambulatorio dedicato è presente un profilo di assistenza condiviso con i MMG; questo rappresenta indubbiamente un elemento di forte criticità per la continuità assistenziale in particolare per i pazienti socialmente fragili.

Sia dai dati ANMCO relativi alla realtà nazionale che da quelli della Regione Marche si evince la necessità di potenziare globalmente l'attività dedicata allo SC soprattutto nelle strutture di primo livello, quelle in grado di fungere da primo snodo verso la medicina territoriale e da filtro per l'invio dei pazienti con maggiori necessità di cure ad un livello assistenziale superiore^{1,6,8}. Appare inoltre evidente la notevole disomogeneità nella programmazione e gestione dei controlli ambulatoriali da parte delle strutture cardiologiche della Regione Marche.

Compito precipuo delle strutture assistenziali ed in particolare dell'ospedale (che assorbe circa il 70% della spesa) è quello di ridisegnare percorsi di cura interni con più efficaci modalità di stabilizzazione e dimissione, finalizzati a garantire appropriatezza e uniformità dell'assistenza.

Un corretto percorso intraospedaliero può consentire il coinvolgimento efficace postdimissione delle cure primarie consentendo l'auspicata presa in carico del paziente da parte del MMG e dei servizi territoriali, poiché la continuità assistenziale, intesa come continuità di gestione del paziente in tutte le fasi di malattia, al momento attuale sembra l'approccio più promettente ai fini della riduzione (dell'ordine del 30%) dei ricoveri ripetuti¹⁶⁻²⁰.

Positivo appare il dato che, indipendentemente dalla presenza dell'ambulatorio dedicato allo SC, nella gran parte degli ospedali esaminati la lettera di dimissione formuli dettagliatamente le prescrizioni e fornisca le informazioni ritenute più importanti ed utili per il paziente. Va segnalato che le informazioni più spesso mancanti (4 sul totale delle 15 strutture, pari al 26%) sono quelle relative al monitoraggio del bilancio idrico e del peso e all'attività fisica consigliata.

In un contesto organizzativo che comporta degenze medie sempre più brevi nei reparti di cardiologia per acuti, la corretta gestione della fase di dimissione consente di fornire informazioni importanti per il MMG, di consolidare i risultati favorevoli ottenuti nel corso del trattamento ospedaliero e di instaurare un percorso integrato efficace

in continuità con il territorio. A tal fine è opportuno prendere precocemente in considerazione durante la degenza, oltre al profilo clinico, le caratteristiche culturali del paziente, il contesto socio-sanitario, la presenza e la qualità del supporto familiare, la disponibilità di assistenza domiciliare. Pertanto appare fondamentale l'informazione al MMG che riprenderà in carico il paziente dopo una fase di ospedalizzazione.

Quanto sopra detto costituisce una buona premessa per il gruppo di lavoro che si sta occupando della definizione degli standard di qualità per la stesura di una lettera di dimissione adeguata ai bisogni del paziente e alle informazioni utili alle strutture extraospedaliere nella gestione del paziente con SC.

È necessario infine strutturare profili di assistenza specifici per severità e tipologia di paziente condivisi fra le diverse strutture ospedaliere e territoriali a vario titolo coinvolte nel processo assistenziale.

La possibilità di riferire ad una struttura ambulatoriale dedicata i pazienti dimessi ma considerati a rischio di instabilizzazione rappresenta uno dei punti qualificanti di un percorso finalizzato alla gestione integrata dello SC. Per svolgere compiutamente detto compito, l'ambulatorio dello SC dovrebbe mantenere stretti rapporti con la struttura degenziale, con i laboratori di emodinamica ed elettrofisiologia-elettrostimolazione e con tutti gli altri livelli assistenziali fino al collegamento con la struttura che organizza il programma di trapianto cardiaco.

Infine, i pazienti con SC terminale spesso non trovano una risposta adeguata ai propri bisogni assistenziali e per questo ristretto numero di pazienti è auspicabile che si metta in atto un programma di cure palliative, eventualmente erogate in assistenza domiciliare o in *Hospice*.

Tutto questo in coerenza con lo sforzo portato avanti dall'ARS Marche per la diffusione dei profili di assistenza che sono parte integrante dei Piani Sanitari Regionali rispettivamente del 2003-2006 e del 2007-2009.

In conclusione, quando confrontata con le altre realtà (sia delle regioni limitrofe, sia delle macroaree, sia in senso più generale dell'intera realtà italiana), la Regione Marche registra una scarsa presenza di strutture ambulatoriali dedicate allo SC, che, di converso, quando presenti risultano ben strutturate e rispondono in modo soddisfacente alle esigenze proprie di un'assistenza sanitaria adeguata ai bisogni del paziente.

L'attività rivolta alla diffusione dei profili di assistenza continua tuttora a livello regionale e l'ARS ha in programma la costruzione di un profilo di assistenza dello SC che prevede il coinvolgimento delle strutture (Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria) dei 15 ospedali della Regione e dell'assistenza extraospedaliera (territorio in generale, MMG e specialistica ambulatoriale) e la partecipazione attiva di tutte le figure sanitarie che a vario titolo intervengono nelle diverse fasi del percorso assistenziale del paziente con SC. Punto qualificante di questa auspicata organizzazione è la condivisione dei criteri di invio dei pazienti ai vari livelli assistenziali con l'obiettivo di rispondere ai bisogni specifici dei singoli pazienti e garantire l'equo accesso a tutte le risorse disponibili. In accordo con il documento di consenso FIC è importante che in ogni ospedale siano realizzati un ambulatorio dedicato, possibilmente multidisciplinare, eventualmente affiancato da day-hospiti-

tal o day-service e che sia formata un'equipe multidisciplinare di medici (internisti, cardiologi e geriatri) ed infermieri, responsabile della diagnosi e cura del paziente affetto da SC.

La ripetizione dell'indagine nei prossimi anni permetterà inoltre di monitorare l'evoluzione dell'organizzazione assistenziale rivolta ai pazienti con SC nella Regione Marche; i dati di questa indagine relativi all'anno 2008 saranno quindi di riferimento per la verifica e la valutazione degli adeguamenti/miglioramenti ottenuti con l'implementazione del "Progetto Percorsi Assistenziali per lo SC nella Regione Marche".

Riassunto

Razionale. Le malattie croniche rappresentano un problema di grande rilievo clinico e sociale. Sia le istituzioni che i professionisti sono chiamati a dare risposte sempre più complete ed attente a tutte le fasi del percorso assistenziale. Lo scompenso cardiaco (SC) è senz'altro una delle patologie croniche a più alto impatto sia sulla sopravvivenza e sulla qualità di vita, sia sui costi globali dell'assistenza. Tuttavia la risposta spesso si presenta frammentata e con scarsa attenzione al coordinamento tra i vari livelli del percorso assistenziale.

Materiali e metodi. Considerata la sintonia tra gli obiettivi dell'Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche relativamente all'implementazione dei profili di assistenza e quelli del documento di consenso della Federazione Italiana di Cardiologia, è stato deciso di condurre concordemente una indagine conoscitiva sulle modalità di assistenza ai pazienti con SC nella Regione Marche. Il questionario, sul modello di quello utilizzato dall'Area Scompenso dell'ANMCO nell'indagine conoscitiva negli anni 2004-2005, è stato inviato a tutte le strutture che fanno parte della "Rete Cardiologica Marchigiana": tutte le 15 strutture interpellate hanno risposto correttamente.

Risultati. Un ambulatorio dedicato allo SC è presente solo in 5 delle 15 strutture interpellate. Personale medico dedicato è presente in tutte le 5 strutture mentre il personale infermieristico è presente solo in 3. Un percorso/profilo di assistenza concordato con i medici di medicina generale è presente in 2 strutture. La lettera di dimissione si presenta ben strutturata ed inoltre tutte le 5 strutture garantiscono una gestione diretta degli appuntamenti dei controlli successivi alla dimissione. Nessuna struttura prevede l'accesso del medico e/o dell'infermiere ospedaliero a domicilio del paziente.

Conclusioni. Nella Regione Marche gli ambulatori dedicati allo SC sono scarsamente presenti, ma quando attivi garantiscono una buona qualità assistenziale. I profili di assistenza sono attualmente presenti in 2 strutture, ma è in fase di organizzazione la costruzione di un profilo di assistenza che coinvolge tutte le strutture ospedaliere (Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria) e quelle extraospedaliere (assistenza territoriale, medici di medicina generale, specialistica ambulatoriale) con la partecipazione attiva di tutte le figure professionali che a vario titolo intervengono nel percorso assistenziale dei pazienti con SC.

Parole chiave: Ambulatorio per lo scompenso cardiaco; Gestione integrata; Percorsi di assistenza; Scompenso cardiaco.

Ringraziamenti

Si ringraziano i direttori delle U.O. di Cardiologia e della U.O. di Medicina Interna (Ospedale di Osimo) per la fattiva collaborazione nella stesura del questionario e nella raccolta dei dati.

Appendice 1

Gruppo di Coordinamento Regionale del "Progetto Percorsi Assistenziali per lo Scompensamento Cardiaco nella Regione Marche"

Alberto Deales	Responsabile "Area Qualità dei Processi Assistenziali e Reti Cliniche ARS Marche" - Coordinatore del Gruppo
Franco Racco	Area Qualità dei Processi Assistenziali e Reti Cliniche ARS Marche
Domenico Gabrielli	ANMCO - Coordinatore del Gruppo
Roberto Accardi	ANMCO Marche
Italo Paolini	SIMG Marche
Guido Sampao	FIMMG Marche
Vito Maurizio Parato	ARCA
Francesco Cipollini	FADOI
Marco Candela	FADOI Marche
Simonetta Sturbini	SIMI Marche
Francesco Pellegrini	Dip. Interaziendale Medicina Interna - Regione Marche
Romualdo Belardinelli	GICR Marche
Moreno Cecconi	SIC Marche
Luciano Carotti	SICOA Marche
Giuseppe De Tommaso	SICG Marche
Luigi Franchi	SIGOs Marche
Attilio Casagrande	SIMEU Marche
Paolo Fazio	SNAMID Marche
Laura Giovenali	IPASVI Marche
Elisabetta Simonetti	IPASVI Marche
Angelino Guidi	Direttore Sanitario ASUR Marche
Cosimo Argentieri	Direttore Z.T. n. 2 Urbino
Vincenzo Lombardo	Direttore Presidio Ospedaliero Alta Specialità "G.M. Lancisi" - Ancona
Maurizio Sebastiani	Direttore Sanitario INRCA - Ancona
Maria Grazia Mortilla	Direttore Sanitario A.O. "San Salvatore" - Pesaro
Fausto Mannucci	Servizio Salute - Regione Marche
Gilberto Gentili	Servizio Salute - Regione Marche

Appendice 2

Questionario ARS-ANMCO Marche

Indagine conoscitiva sulla gestione dello scompenso cardiaco

Ospedale: _____

Reparto: _____

Direttore: _____

Medico referente per lo Scompensamento Cardiaco (SC): _____

A) MODALITÀ ORGANIZZATIVE DELLE STRUTTURE

1) Presso il tuo reparto è attivo un ambulatorio SC?

SI NO

B) ORGANIZZAZIONE E ATTIVITÀ DEGLI AMBULATORI SCOMPENSO CARDIACO

2) Quali sono gli orari settimanali di apertura dell'ambulatorio scompenso? (specificare giorni e ore di apertura):

3) Quale personale è dedicato all'ambulatorio scompenso? (specificare numero e qualifica):

4) La prenotazione per l'ambulatorio scompenso è gestita da:

CUP EXTRA-CUP

5) I controlli presso l'ambulatorio scompenso sono:

a) Programmati solo dall'ospedale

b) Concordati solo con il MMG

c) Entrambe le possibilità (in questo caso specificare la proporzione fra le due): _____

C) PROTOCOLLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

6) Esiste un percorso/profilo di assistenza per lo SC formalmente condiviso fra specialista e MMG?

SI NO

D) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

7) La dimissione dall'ospedale dopo un evento per scompenso è concordata preventivamente con il MMG del paziente?

SI NO

8) La lettera di dimissioni è formulata dettagliatamente con riferimento a:

- > Orari dei farmaci SI NO
- > Consigli dietetici SI NO
- > Come monitorare il bilancio idrico e il peso SI NO
- > Attività fisica consigliata SI NO

9) Alla dimissione da un ricovero per scompenso sono programmati controlli ambulatoriali?

SI NO

Se SI, specificare con che cadenza e per quanto tempo (ad es. 1 controllo a un mese oppure controlli trimestrali, ecc.): _____

10) Esistono canali di comunicazione preferenziali tra la vostra struttura e:

- > MMG SI NO
- > Specialista cardiologo ambulatoriale SI NO

E) ATTIVITÀ E PRESTAZIONI RIVOLTE AI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO

11) Quali di queste attività sono già operative nella vostra struttura per i pazienti con SC? (è possibile dare più di una risposta):

- a) Accessi del cardiologo/internista a domicilio del paziente SI NO
- b) Accessi dell'infermiere della cardiologia/medicina interna a domicilio del paziente SI NO
- c) Telemedicina/telemonitoraggio a domicilio SI NO

12) Quali prestazioni sono effettuate dall'ambulatorio scompenso?

- > Visita specialistica SI NO
- > Ecocardiogramma SI NO
- > ECG SI NO
- > Test ergospirometrico SI NO
- > Test del cammino SI NO
- > Counseling SI NO

Bibliografia

1. Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7: 387-432.
2. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur J Heart Fail* 2008; 10: 933-89.
3. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Linee guida nazionali in cardiologia: insufficienza cardiaca - diagnosi e terapia. http://www.assr.it/agenas_pdf/insufficienza_cardiaca.pdf [accessed December 9, 2009].
4. Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. Scompenso cardiaco da disfunzione sistolica. Linee guida aziendali. Gruppo Evidence Based Medicine. Novembre 2005. http://www.molinetto.piemonte.it/Molinetto/guida/pdf_files/1535047833.pdf [accessed December 9, 2009].
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Heart disease: quick reference guide, February 2007. <http://www.sign.ac.uk/pdf/qrgchd.pdf> [accessed December 9, 2009].
6. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care order set: discharge for heart failure. 3rd edition. August 2007. http://www.icsi.org/heart_failure_discharge_for_order_set_36130/heart_failure_discharge_for_order_set_pdf.html [accessed December 9, 2009].
7. Mangia R, Senni M, Cacciatore G, et al. È tempo di organizzare una "nuova" lotta allo scompenso cardiaco? *Ital Heart J Suppl* 2003; 4: 232-6.
8. Pulignano G, Scherillo M, Del Sindaco D, Giulivi A, Giovannini E. Qualità delle cure e modelli di assistenza per i pazienti anziani con scompenso cardiaco. *Ital Heart J Suppl* 2004; 5: 74-86.
9. Del Sindaco D, Pulignano G, Porcu M, Scherillo M, Leggio F, Maggioni AP. Il paziente anziano con scompenso cardiaco nelle strutture cardiologiche ospedaliere. *Ital Heart J Suppl* 2002; 3: 145-53.
10. Del Sindaco D, Pulignano G. Scompenso cardiaco nell'anziano: approccio multidisciplinare per una malattia complessa. *Ital Heart J* 2004; 5 (Suppl 10): 75-85.
11. Fonarow GC, Abraham WT, Albert NM, et al, for the OPTIMIZE-HF Investigators. Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes: findings from OPTIMIZE-HF. *Arch Intern Med* 2008; 168: 847-54.
12. Valle R, Canali C, Giovinazzo P, D'Atri M, Milani L. È possibile dimettere precocemente il paziente con scompenso cardiaco non complicato? Un'analisi costo-efficacia. *Ital Heart J Suppl* 2003; 4: 965-72.
13. Politi C, Deales A, Cicchitelli F, et al. Analisi dei costi sanitari per lo scompenso cardiaco nella regione Marche. *Pharmacoeconomics* 2005; 7: 165-75.
14. Piano Sanitario Regione Marche 2007-2009. www.regione.marche.it.
15. Gomez-Soto FM, Puerto JL, Andrey JL, et al, for the GAMIC. Consultation between specialists in internal medicine and family medicine improves management and prognosis of heart failure. *Eur J Intern Med* 2008; 19: 548-54.
16. Del Sindaco D, Pulignano G, Minardi G, et al. Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure. *J Cardiovasc Med* 2007; 8: 324-9.
17. Indridason OS, Coffman CJ, Oddone EZ. Is specialty care associated with improved survival of patients with congestive heart failure? *Am Heart J* 2003; 145: 300-9.
18. Fabbri G, Gorini M, Maggioni AP. Scompenso cardiaco: l'importanza della continuità assistenziale. *G Ital Cardiol* 2007; 8: 353-8.
19. Scardi S, Humar F, Di Lenarda A, Mazzone C, Giansante C, Sinagra G. Continuità assistenziale ospedale-territorio per il paziente con scompenso cardiaco cronico: una rivoluzione e una sfida nella cura ambulatoriale. *G Ital Cardiol* 2007; 8: 83-91.
20. Ahmed A, Allman RM, Kiefe CI, et al. Association of consultation between generalists and cardiologists with quality and outcomes of heart failure care. *Am Heart J* 2003; 145: 1086-92.