

IJPC

Italian Journal of Primary Care

Atti / Proceedings

Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco dal Documento Nazionale alla implementazione in Puglia

Bari, Italy, 17 Dicembre, 2009

Topics

- Dalla rete per il paziente acuto alla rete per il paziente cronico
- Aspetti epidemiologici e socio-economici dello scompenso cardiaco
- L'attività di trapianto di cuore
- La rete integrata per lo scompenso cardiaco: ospedale e territorio
- Dalla prevenzione allo screening della disfunzione ventricolare
- Il paziente con nuova diagnosi o in stabilizzato
- La gestione del paziente oligosintomatico
- Il paziente con scompenso avanzato
- Il paziente anziano con comorbilità e/o fragile

Direttore Responsabile

Luigi Starace

luigi.starace@ijpc.it

Redazione

Giovanni Battista D'Errico

71100 Foggia - Via B. Croce n. 85/F

staff@ijpc.it

Graphic Design & Consulting

Maria Grazia Di Gennaro
by Officineventi soc. coop.

71100 Foggia - Via B. Croce 85/F

tel. +39 0881 740888

ijpc@officine20.it - www.officine20.it

Segreteria e Coordinamento editoriale

Valentina Perfido

tel. +39 080 9904421

fax +39 080 9753634

segreteria@ijpc.it

Editorial Office

Edicare Publishing s.r.l.

70124 Bari - Via S. Matarrese 12/30 e Via Caccuri 7

tel. +39 080 9904421

fax +39 080 9753634

www.edicare.it

Marketing & Advertising

Valentina Perfido

valentina.perfido@edicare.it

Stampa

Industria Grafica Editoriale Gercap s.r.l.

71100 Foggia - Zona Industriale Incoronata

00139 Roma - Via F. Pasinetti 39

Abbonamenti

Spedizione in abbonamento postale – D.L. 353/2003

(conv. In L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB S1/FG

info@ijpc.it

Le richieste di inserzioni pubblicitarie dovranno essere indirizzate ad Edicare Publishing Srl. Benché si presuma che le inserzioni pubblicitarie rispondano ai basilari principi di etica medica, la loro pubblicazione non implica responsabilità da parte del publisher per quanto concerne il contenuto delle stesse.

Tutti gli articoli pubblicati su “IJPC – Italian Journal of Primary Care” sono redatti sotto la responsabilità degli autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli deve essere autorizzata per iscritto dall'editore.

Ai sensi degli artt. 11 e 13 del D.Lgs. 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa ed altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Il titolare del trattamento dei dati è Edicare Publishing Srl, via S. Matarrese 30, 70124 Bari, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/03.

Foto di copertina: Heart design by Enimal/Zoran Ozetsky

Volume 1, Numero 3, 2009 – Finito di stampare a novembre 2009

The Italian Journal of Primary Care - IJPC is a quarterly journal conceived and produced by professionals on Family Medicine and Primary Care in collaboration with colleagues working in Hospitals or Universities.

IJPC is an independent “peer reviewed” scientific journal, dedicated to clinical research, scientific updating and continuing medical education oriented to the Family Medicine and all professionals working in Primary Care.

IJPC publishes original research, epidemiological and survey studies, professional analysis, reviews, clinical cases, guidelines editorials, position papers, book reviews, theory development and policy.

Authors' Guide is available on the journal's website www.ijpc.it

EDITORIAL BOARD

Editor in Chief

Giuseppe Maso

Executive Editor

Giovanni Battista D'Errico

Scientific Editors

Vincenzo Contursi

Antonio Infantino

Associate Editors

Emanuele Altomare Foggia
Giovanni Colucci Taranto
Alfredo Cuffari Roma
Paolo Evangelista L'Aquila

Antonio Moschetta Bari
Antonio Nicolucci Chieti
Luciano Orsini Chieti
Romano Paduano Udine

Alfonso Sauro Caserta
Paolo Spriano Milano
Roberto Stella Varese
Augusto Zaninelli Firenze

Clinical Advisors

Allergology - Immunology
Gennaro D'Amato Napoli

Cardiology
Matteo Di Biase Foggia

Cardiovascular Surgery
Giuseppe Di Eusanio Teramo

Clinical Biochemistry
Mario Plebani Padova

Dietetics and Clinical Nutrition
Giovanni De Pergola Bari

Endocrinology
Francesco Giorgino Bari

Gastroenterology
Massimo Campieri Bologna

Gender Medicine
Anna Maria Moretti Bari

Gender Pharmacology
Flavia Franconi Sassari

Geriatrics
Mauro Zamboni Verona

Hematology
Marco Cattaneo Milano

Infectious Diseases
Elio Castagnola Genova

Internal Medicine
Enzo Manzato Padova

Medical Ethics
Mariano Cingolani Macerata

Medical Psychology
Antonello Bellomo Foggia

Nefrology
Loreto Gesualdo Foggia

Neurology
Paolo Livrea Bari

Oncology
Silvio Monfardini Padova

Orthopedics
Michele D'Arienzo Palermo

Pathology
Eugenio Maiorano Bari

Pediatrics
Alfred Tenore Udine

Pharmacology
Luigia Trabace Foggia

Pneumology
Leonardo Fabbri Modena

Psychiatry
Marcello Nardini Bari

Urology
Giario Conti Como

International Scientific Board

Peter J. Barnes UK
Jean Bousquet France
Daniela Cota France
Beverly Cox UK
Mark Davis UK
Jan De Maeseneer Belgium
Monica Fletcher UK
Kathryn Griffith UK
John Haughney UK
Thomas Hausen Germany

Rob Horne UK
Alan Kaplan Canada
Mark L. Levy UK
Christos Lionis Greece
Anders Ostrem Norway
Susanna Palkonen Belgium
Sarath Paranavitane SriLanka
Mahendra Patel UK
Hilary Pinnock UK
David Price UK

Jim Reid New Zealand
Miguel Roman Rodriguez Spain
Danica Rotar Slovenia
Dermot Ryan UK
Seneth Samaranayake SriLanka
Bart Thoonen Netherlands
Ron Tomlins Australia
Sian Williams UK
Barbara Yawn USA
M. Osman Yusuf Pakistan

National Scientific Board

Maria Grazia Albano Foggia
Francesco Amatimaggio Firenze
Francesco Bartolomucci Bari
Francesco Bovenzi Lucca
Marco Cambielli Tradate
Franco Carnesalli Milano
Gilda Caruso Bari
Marco Ciccone Bari
Lorenzo Corbetta Firenze
Nunzio Costa Foggia
Antonio Di Malta Cremona

Giuseppe Di Pasquale Bologna
Simona Donegani Milano
Vittorio Fineschi Foggia
Maria Pia Foschino Barbaro Foggia
Dario La Fauci Milano
Matteo Landriscina Foggia
Vito Lepore Bari
Maurizio Mancuso Como
Massimo Martelloni Lucca
Pietro Nazzaro Bari
Ciro Niro Foggia

Pierluigi Paggiaro Pisa
Gianni Passalacqua Genova
Alberto Pilotto Vicenza
Enzo Pirrotta Roma
Antonio Pugliese Taranto
Vincenzo Rucco Udine
Luigi Santoiemma Bari
Giovanni Strippoli Chieti
Anastasio Tricarico Napoli
Gino Antonio Vena Bari
Carmela Zotta Milano

NORME PER GLI AUTORI

INTRODUZIONE

I manoscritti devono essere indirizzati all'attenzione del Dr. Giuseppe Maso, Editor in Chief, e sottoposti esclusivamente per e-mail ai seguenti indirizzi di posta elettronica: segreteria@ijpc.it e giuseppe.maso@ijpc.it.

ISTRUZIONI GENERALI

1. I manoscritti devono essere accompagnati da una lettera indirizzata all'Editor in Chief, che deve contenere i seguenti dati:
 - a) l'indicazione della Sezione per la quale il manoscritto è sottoposto;
 - b) la dichiarazione che il contenuto del manoscritto è originale, non è stato pubblicato e non è oggetto di valutazione presso altre riviste, eccetto che come abstract;
 - c) l'attestazione che il manoscritto è stato letto ed approvato da tutti gli autori;
2. In allegato al manoscritto dovranno essere inviati:
 - a) dichiarazione di cessione dei diritti alla Casa Editrice in caso di pubblicazione dello stesso, in nome e per conto di tutti gli autori, con firma autografa del primo, [es.: I sottoscritti autori (...), qualora l'articolo in oggetto intitolato (...) venga pubblicato, trasferiscono i diritti d'autore alla Casa Editrice "Edicare Publishing srl"], ed il consenso al trattamento dei dati personali per gli scopi connessi alla pubblicazione dell'articolo;
 - b) nel solo caso di articoli di ricerca che abbiano previsto la sperimentazione su animali: dichiarazione di conformità, in nome e per conto di tutti gli autori, con firma autografa del primo, con le disposizioni della "Dichiarazione di Helsinki";
 - c) nel solo caso di articoli di ricerca di "studi clinici controllati" (se pertinente): dichiarazione di approvazione da parte del Comitato Etico della Istituzione di pertinenza, in nome e per conto di tutti gli autori, con firma autografa del primo;
3. Il manoscritto deve essere redatto con un "editor di testo" e salvato in formato ".doc", a spaziatura doppia e margini di 2 cm su ogni lato. Non è consentito l'utilizzo di formato ".pdf";
4. Il manoscritto deve essere redatto in pagine differenti nel seguente ordine:
 - a) titolo (in italiano e in inglese), autori e rispettive affiliazioni, l'autore cui va inviata la corrispondenza con indirizzo postale elettronico e recapito telefonico;
 - b) abstract e parole chiave (in italiano e in inglese);
 - c) testo (in italiano o in inglese);
 - d) ringraziamenti;
 - e) bibliografia;
 - f) tabelle;
 - g) legende delle figure;
 - h) figure;
5. Le pagine devono essere numerate consecutivamente, partendo da pagina 1 con titolo;
6. Allo scopo di mantenere un'adeguata uniformità di stile, la Redazione può se necessario, apportare variazioni linguistiche al manoscritto; queste saranno inviate agli autori per approvazione in fase di revisione delle bozze.

PAGINA DEL TITOLO

La pagina del titolo (prima pagina) deve contenere:

1. Il titolo del manoscritto (in italiano e in inglese) senza abbreviazioni; nome per esteso e cognome degli autori, con titolo e istituzione di appartenenza;
2. Il nome dell'Istituzione presso la quale il lavoro è stato eseguito, ed eventuale fonte e natura del sostegno finanziario alla ricerca (nel caso di pubblicazione di articoli originali di ricerca);
3. Il nome, l'indirizzo postale completo di codice di avviamento, numero di telefono ed e-mail dell'autore cui va indirizzata la corrispondenza (corresponding author) per comunicazioni, bozze e richieste di estratti.

ABSTRACT

1. Gli articoli originali di ricerca devono essere accompagnati da un abstract in italiano e in inglese, contenente non più di 300 parole, strutturato in quattro paragrafi, ciascuno con il proprio titolo, nel seguente ordine:
 - a. Razionale;
 - b. Materiali e metodi;
 - c. Risultati;

d. Conclusioni;

Tutti i dati dell'abstract devono essere presentati anche nel testo o nelle tabelle;

2. Tutti gli altri manoscritti (Casi Clinici, Corrispondenza, Editoriali, Opinioni, Prospettive attuali, Rassegne, Area GPwSI, Educazione Continua in Medicina, EBM, Focus On, Revisioni) devono essere accompagnati solo da un breve abstract in italiano e in inglese di non più di 200 parole;
3. Nell'abstract non possono essere utilizzate abbreviazioni ad eccezione delle unità standard di misura e i simboli chimici;
4. Alla fine dell'abstract devono essere inserite da due a sei parole chiave, selezionate dall'elenco riportato da Medical Subject Headings, National Library of Medicine (www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).
5. Allegare miniabstract in italiano di circa 50 parole che illustri gli elementi essenziali del lavoro, utile per la stesura dei "Content".

TESTO

1. Il testo può essere redatto in italiano o in inglese;
2. Una lista di abbreviazioni o acronimi utilizzati (es.: ECG, IMA, BPCO, IVS, ecc.) deve essere riportata in una pagina a parte con la loro definizione;
3. Unità standard di misura e simboli chimici devono essere abbreviati secondo le norme indicate in Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, elaborate dal International Committee of Medical Journal Editors e pubblicate in *Ann Intern Med* 1982;96:766-71 e *BMJ* 1982;284:1766-70;
4. I riferimenti bibliografici, le figure e le tabelle devono essere citati nel testo in ordine progressivo, usando numeri arabi;
5. Il testo deve essere strutturato in paragrafi con relativi sottotitoli. Il testo di articoli originali deve essere strutturato in paragrafi con il seguente ordine:
 - a. Introduzione;
 - b. Materiali e metodi;
 - c. Risultati;
 - d. Discussione;
6. Eventuali ringraziamenti devono essere riportati alla fine del testo, prima della bibliografia.

BIBLIOGRAFIA

1. Le voci bibliografiche devono essere indicate nel testo con numeri arabi ed elencate in una sezione separata, usando la doppia spaziatura, in numero progressivo secondo l'ordine di comparsa nel testo;
2. Le voci bibliografiche a fine articolo devono essere rigorosamente redatte rispettando punteggiatura, spaziatura, corsivi, etc., come da esempio seguente: "5. Craig D, Mirakhor A, Hart DJ, McIlroy SP, Passmore AP. A cross-sectional study of neuropsychiatric symptoms in 435 patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:460-468.";
3. Citare tutti gli autori se sono 6 o meno di 6, altrimenti citare solo i primi 3 ed aggiungere "et al.";
4. Comunicazioni personali, dati o osservazioni non pubblicate e articoli inviati per la possibile pubblicazione non possono essere inclusi nella lista delle voci bibliografiche, ma possono essere citati solo nel testo;
5. Le abbreviazioni delle riviste devono essere conformi a quelle usate da "Index Medicus, National Library of Medicine".

TABELLE

1. Le tabelle devono essere dattiloscritte a spaziatura doppia su pagine separate, con il numero ed il titolo centrato sulla tabella. Le tabelle devono essere numerate con numeri arabi progressivi, seguendo l'ordine di numerazione con cui sono citate nel testo;
2. Tutte le abbreviazioni riportate devono essere identificate e spiegate in ordine alfabetico sotto alle tabelle. Anche i simboli usati (asterischi, cerchietti, ecc.) devono essere spiegati;
3. Le tabelle devono essere comprensibili senza ulteriori chiarimenti e i dati non devono essere duplicati nel testo o nelle figure;
4. Per la riproduzione di tabelle già pubblicate è necessario allegare il permesso da parte dell'autore e dell'Editore.

FIGURE

Il termine "figura" si riferisce alle illustrazioni, fotografie, radiografie, scansioni, sono-

grammi, diagrammi, grafici, flow chart, algoritmi, ecc.

Si sconsiglia il tentativo di ottenere il permesso di pubblicare immagini dall'Editore originale. Considerate le crescenti difficoltà nell'ottenere i necessari permessi, consigliamo fortemente gli autori di creare tabelle e figure originali.

Le figure devono essere in formato ".ppt" (solo per diagrammi, grafici ed algoritmi; non utilizzabile per immagini importate), ".jpg" o ".tiff" con risoluzione minima 600 DPI. Le figure non possono essere inserite all'interno del testo.

Per ogni chiarimento circa la preparazione di immagini per il manoscritto, contattare Luigi Starace, Art and Photo Director di IJPC, via e-mail: luigi.starace@ijpc.it .

Legenda delle figure

La legenda delle figure deve essere dattiloscritta a spaziatura doppia su pagine separate. Le figure devono essere numerate con numeri arabi progressivi, seguendo l'ordine di numerazione con cui sono citate nel testo.

Tutte le abbreviazioni riportate nelle figure devono essere identificate e spiegate in ordine alfabetico alla fine di ciascuna legenda. Anche i simboli usati (freccie, linee continue e tratteggiate, cerchietti, ecc.) devono essere spiegati.

Per la riproduzione di figure già pubblicate è necessario allegare il permesso da parte del Publisher.

BREVE BIOGRAFIA

Include una breve biografia di ogni autore (non più di 100 parole). Sintetizza, per ognuno, titoli, formazione professionale e posizione attuale.

SEZIONI DEL GIORNALE

1. Editorials / Editoriali

Articoli e/o commenti che rappresentano l'opinione di ricercatori ed esperti riconosciuti nella comunità scientifica nazionale e internazionale;

2. Articles / Articoli

Sezione riservata alla pubblicazione di articoli originali inviati liberamente ed autonomamente dagli autori, secondo le modalità previste dall'Editore:

a. Case Reports / Casi clinici

Presentazione di casi clinici rilevanti sul piano diagnostico e clinico-gestionale;

b. Clinical Practice / Pratica Clinica

Articoli di esperti riconosciuti, in forma di aggiornamento, revisione e messe a punto, su temi clinici diagnostico-terapeutici e gestionali di interesse per la attività professionale del Medico di Famiglia;

c. Current Perspectives / Prospettive Attuali

Articoli di esperti riconosciuti su risultati di laboratorio o clinici prodotti con metodi consolidati o innovativi che possono incidere sui percorsi decisionali diagnostico-terapeutici o su ipotesi di lavoro e/o di ricerca che possano stimolare discussione e commenti su temi di interesse generale;

d. Focus On / Approfondimento

Articoli o commenti per l'approfondimento a cura di esperti riconosciuti su argomenti di attualità di interesse generale nei vari ambiti della Medicina di Famiglia;

e. Letters / Lettere

Lettere agli "Editor", contenenti commenti su argomenti o articoli scientifici recentemente pubblicati che abbiano interesse per la pratica clinica del medico di famiglia e per la professione in genere. Gli autori degli articoli citati nella lettera potranno essere invitati dall'editor a rispondere per stimolare la discussione su temi di interesse generale;

f. Original Research / Ricerca

Articoli originali di studi osservazionali e clinici;

g. Points of View / Opinioni

Opinioni di esperti autorevoli in un particolare settore che possano stimolare controversie;

h. Reviews / Letteratura

Articoli di esperti riconosciuti, in forma di estese revisioni, messe a punto e position paper, su argomenti di interesse generale.

Le "Lettere" sono pubblicate in ogni numero di IJPC. Alcune lettere potrebbero essere pubblicate solamente online. Gli autori possono commentare articoli pubblicati o importanti argomenti su tematiche cliniche. Le lettere non dovrebbero superare le 500 parole, con il limite di una tabella o figura e non più di sei riferimenti bibliografici. Le lettere inviate per la pubblicazione su IJPC non devono essere sottoposte

ad altra pubblicazione. I possibili conflitti di interesse vanno esclusi prima della pubblicazione.

3. Reviews / Rubriche

Sezione principalmente riservata alla pubblicazione dei contributi scientifici di esperti individuati a cura dei Comitati Editoriale e Scientifico del giornale:

a. Books / Libri

Selezione delle produzioni editoriali italiane e internazionali dedicate alle cure primarie, alla metodologia clinica e sanitaria, alle medical humanities, alla comunicazione e ai cambiamenti della medicina;

b. Continuing Medical Education / Educazione Continua in Medicina

Articoli di esperti riconosciuti in tema di formazione pre-laurea e post-laurea in Italia e nel mondo;

c. Gender Medicine / Medicina di Genere

Articoli ed approfondimenti orientati alle specificità cliniche, biologiche, psicologiche, funzionali, gestionali e socio-culturali della Medicina di Genere;

d. General Practitioner with Special Interest (GPwSI) / Medico di Famiglia con Interessi Speciali

Articoli di medici di famiglia, con particolare competenza in specifiche aree cliniche (allergologia, cardiologia, dermatologia, diabetologia, gastroenterologia, gerontologia, ginecologia, nefrologia, neurologia, oncologia, pneumologia, reumatologia, ecc.) in forma di revisioni, messe a punto, position paper su argomenti di particolare interesse per la attività professionale del Medico di Famiglia;

e. Guidelines and Evidence Based Medicine / Linee Guida e Medicina Basata sulle Evidenze

Articoli di esperti riconosciuti su Linee Guida ed Evidenze Scientifiche e i possibili riflessi sulla pratica clinica del Medico di Famiglia;

f. Journal & Guidelines News / Notizie da Riviste e Linee Guida

Bollettino di breve e puntuale revisione bibliografica di articoli scientifici e linee guida recentemente pubblicati sulle maggiori riviste scientifiche del panorama internazionale;

g. Medical Humanities / Medicina Umanistica

Argomenti e riflessioni sul mondo della medicina e sulla figura del medico, partendo da prospettive umanistiche, mediatiche e artistiche, più che cliniche e scientifiche;

h. Pointing up / In Evidenza

Sezione dedicata alla divulgazione e promozione di iniziative culturali, editoriali, di ricerca ed in generale di tutto quanto di particolare interesse per le Cure Primarie;

i. Primary Care / Cure Primarie

Commenti ed opinioni di esperti su aspetti di interesse per le Cure Primarie, con particolare riguardo agli aspetti epidemiologici e gestionali-organizzativi della Medicina di Famiglia e della assistenza territoriale;

j. Web References / Riferimenti Web

Selezione di siti web a carattere scientifico e/o divulgativo, italiani ed internazionali, correlati ai contenuti di questo numero, con risorse, utilità e link per l'approfondimento specifico.

Gli articoli indirizzati alla sezione "Rubriche" sono normalmente pubblicati su invito degli "editor"; tuttavia possono essere occasionalmente accettati contributi liberamente inviati all'editor, purchè conformi alla linea editoriale del giornale.

4. Info&More / Informazioni

La Sezione rappresenta la finestra del giornale aperta sul mondo medico in generale e delle Cure Primarie in particolare, dedicata ad informazioni di vario genere: politica sanitaria, eventi, world report, news.

GUIDELINES AND SUGGESTIONS FOR AUTHORS

The English version of the authors guidelines is available on the journal's website at www.ijpc.it.

Please provide for scientific and copy editing before submitting the article to the Editor in Chief.

Editorials

Editoriali

Giuseppe Maso

- 144 L'applicazione pratica delle conoscenze specialistiche**
The practical application of specialized knowledge

Preface

Prefazione

Sergio Pede, Massimo Iacoviello

- 145 Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco nella Regione Puglia. Progetto di implementazione della Consensus Conference**
The care pathways of patients with heart failure in the Apulia region. Implementation project of the National Conference

Proceedings

Atti

Marco Matteo Ciccone, Pasquale Caldarola, Maria Cuonzo, Rosa D'agostino, Francesca Cortese et al.

- 148 Aspetti epidemiologici dello scompenso cardiaco in Puglia**
Epidemiology of heart failure in Apulia, Italy

Nicola Marraudino

- 153 L'attività di trapianto di cuore in Puglia**
Heart transplantation in Apulia, Italy

Sergio Pede

- 155 La rete integrata per lo scompenso cardiaco: la normativa regionale**
The network for heart failure: the regional regulation

Maria Cuonzo, Francesco Troso, Nicola Lamanna, Debora Rizzo, Pasquale Caldarola

- 160 La rete ospedaliera dello scompenso cardiaco cronico**
The hospital network of chronic heart failure

Vincenzo Contursi

- 163 Il medico di medicina generale**
The general practitioner

Ettore Antoncicchi

- 167 Lo specialista ambulatoriale**
The outpatient specialist

Antonio Greco, Serafino Curci, Vito D'Alessandro, Angela De Mattahaeis, Mariangela Pia Dagostino et al.

- 170 ADI, RSA, hospice**
Integrated home care, residential care, hospice

Francesco Legrottaglie

- 173 Dalla prevenzione allo screening della disfunzione ventricolare**
Prevention and screening of ventricular dysfunction

Rolando Mangia

- 176** **Il paziente con scompenso cardiaco acuto di nuova diagnosi o instabilizzato: i percorsi ospedalieri**
The patient with new onset or chronic worsening heart failure: hospital management

Attilio Di Creschio

- 183** **La gestione del paziente oligosintomatico**
Management of oligosymptomatic patient

Massimo Iacoviello

- 187** **Il paziente con scompenso avanzato candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare**
Patient with advanced heart failure candidate for heart transplantation and/or mechanical ventricular assistance

Maria Chirico, Immacolata Pavese, Francesco Torres

- 192** **Il paziente anziano con comorbidità e/o fragile**
Elderly patients with comorbidity and/or frailty

Reviews

Rubriche

Pointing Up

- 196** **Rete integrata per lo scompenso cardiaco. Proposta di piano attuativo**

203 Università degli Studi di Foggia - Facoltà di Medicina e Chirurgia

Bando di ammissione al Master in "Medicina Generale con interesse specialistico. Indirizzo cardiologico / Indirizzo pneumologico"

GPwSI

Antonio Infantino

- 206** **Il primo Master universitario per medici di famiglia in Italia**
The first postgraduate academic Master for family doctors in Italy

Info&More

Informazioni

- 208** **Meeting Calendar**

a cura della Redazione



Atti / Proceedings



Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco:

dal documento nazionale alla implementazione in Puglia

Bari 17 dicembre 2009

Centro Congressi Sheraton Nicolaus Hotel

PROMOSSO DA

ARES Puglia

Comitato Regionale di Coordinamento "Consensus Conference"

PATROCINI

AIMEF	FIC	SIGOS
AGE	GICR	SIMEU
ANMCO	SIC	SIMG
ARCA	SICOA	SIMI
FADOI	SIGG	SNAMID

CON IL CONTRIBUTO EDUCAZIONALE DI

sanofi aventis

La salute, la cosa più importante

L'applicazione pratica delle conoscenze specialistiche

The practical application of specialized knowledge

Giuseppe Maso

Insegnamento di "Medicina di Famiglia", Università degli Studi di Udine

Correspondence to:

Giuseppe Maso

giuseppe.maso@gmail.com

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2009; 1, 3: 144

Questo numero dell'Italian Journal of Primary Care è interamente dedicato al convegno intitolato "Percorso Assistenziale del Paziente con Scompensazione Cardiaca: dal Documento Nazionale alla implementazione nella Regione Puglia" tenutosi a Bari il 4 novembre 2009.

Lo scompenso cardiaco, infatti, può essere considerato un esempio paradigmatico della malattia cronica per cui la continuità assistenziale è sempre fondamentale e per cui la collaborazione fra discipline è sempre basilare.

Una delle abilità principali delle cure primarie, e in particolare della medicina di famiglia, è quella di applicare, su vasta scala, contemporaneamente, semplificando al massimo, le conoscenze specialistiche. L'applicazione di queste conoscenze viene attuata, quasi senza eccezione, su un paziente che presenta più malattie contemporaneamente, spesso anziano, e altrettanto spesso seguito da uno o più specialisti. In questi casi l'approccio è sempre multidisciplinare, coordinato, complesso; questo metodo ha bisogno di organizzazione e abilità di comunicazione. Il percorso assistenziale non può essere casuale ma deve essere ben delineato; è importante sapere chi fa cosa, chi è responsabile delle scelte terapeutiche e chi si fa carico della cura globale del paziente. Ecco perché questo numero è interamente dedicato agli atti di questo convegno. Si tratta di un progetto di implementazione pratica di abilità operative, ed è proprio di

questo che abbiamo bisogno. Dovremmo applicare i criteri della Evidence Based Medicine, non solo per valutare l'efficacia di un farmaco, ma anche per valutare l'efficacia dei vari livelli di cura in modo da raggiungere una sempre maggior soddisfazione dei bisogni delle persone e della comunità. Dovremmo chiederci se una disciplina è adeguata a soddisfare le domande che le vengono poste, dovremmo confrontare i dati di efficacia delle varie discipline per gli stessi compiti e in base ai risultati dovremmo riorganizzare il sistema di erogazione delle cure, programmare la formazione e la ricerca.

L'IJPC promuoverà delle conferenze proprio con questo scopo; queste, come delle consensus conferences, individueranno una serie di "azioni" da mettere in atto per migliorare le cure primarie in Italia. Queste "azioni" saranno il risultato delle proposte fatte dai vari livelli di cura e non solo; anche le scienze sociali, umane, economiche e gestionali saranno chiamate a dare il loro contributo. Il 14-15 maggio 2010 si terrà a Venezia la conferenza internazionale "Geriatrics in Primary Care" e il 18-20 novembre 2010 si terrà a Bari la conferenza "Oncology for Primary Care" entrambe produrranno un manuale operativo che verrà proposto a tutti coloro che in qualsiasi modo sono coinvolti nelle cure primarie italiane. Questi manuali conterranno non solo le "azioni" relative alla razionalizzazione e organizzazione dei livelli di cura ma forniranno indirizzi per la formazione e proposte di ricerca.

Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco nella Regione Puglia. Progetto di implementazione della Consensus Conference

The care pathways of patients with heart failure in the Apulia region. Implementation project of the National Conference

Sergio Pede¹, Massimo Iacoviello²

¹Dirigente Responsabile UOS Riabilitazione Cardiologica, Ospedale N. Melli - San Pietro Vernotico - ASL Brindisi;

²Dirigente Medico U.O. Cardiologia Universitaria A.O. Policlinico, Bari

Correspondence to:

Sergio Pede
sergio.pede@alice.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2009; 1, 3: 145-147

SUMMARY

The Consensus Conference Project on heart failure describes the need for an appropriate definition of care pathways of the disease which pursues three fundamental objectives: early detection of cases at risk of instability; monitoring of disease progression; reduction of hospital admissions.

To implement the contents of the document in clinical practice, has been activated a scientific organizational structure based on: National Committee as a coordinator in the territory of the country; Regional Committee, as a coordinator in the each region and the operative connection with the National Committee.

This approach should become the basis of a process of institutionalization of the care pathways of patients with heart and, and thus could provide an appropriate medical practice.

Key words:

heart failure; expert consensus document

RIASSUNTO

Il Progetto della Consensus Conference sullo scompenso cardiaco descrive la necessità di una appropriata definizione dei percorsi assistenziali della patologia finalizzata al perseguimento di tre, fondamentali obiettivi: individuazione precoce dei casi a rischio di instabilità; controllo della progressione della malattia; riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Per implementare nella pratica clinica i contenuti del documento è stata attivata una struttura scientifico-organizzativa basata su: Comitato Nazionale con funzioni di coordinamento sul territorio del Paese; Comitato Regionale, per singola Regione con funzioni di coordinamento sul territorio regionale e di raccordo operativo con il Comitato Nazionale.

Questa impostazione dovrebbe diventare la base di un processo di istituzionalizzazione dei percorsi assistenziali dei pazienti con scompenso, e, in questo modo, potrebbe fornire garanzia di appropriatezza per la pratica clinica.

Parole chiave:

scompenso cardiaco; documento consensus conference

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Lo scompenso cardiaco (SC) è una patologia ad elevata prevalenza, che colpisce l' 1,5-2% della popolazione del mondo occidentale. Prevalenza ed incidenza aumentano in modo esponenziale con l'età e la maggiore determinante dell'assorbimento

di risorse per la sua gestione è costituita dai costi dell'assistenza ospedaliera.

L'analisi dei ricoveri ospedalieri nazionali mostra che il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) rappresenta in Italia nel 2003 la prima causa di ricovero ospedaliero dopo il parto naturale e che

lo SC è la patologia con i più elevati costi per assistenza ospedaliera. Nel 2003 i ricoveri con codice ICD9 428 hanno avuto un incremento del 2,4% rispetto al 2002 e del 7,3% rispetto al 2001, mentre il tasso grezzo degli stessi è passato da 306 a 334 ricoveri/anno/100.000.

Anche in Puglia i ricoveri per scompenso cardiaco rappresentano una delle più frequenti cause di ricovero ospedaliero, specie nella popolazione anziana, con un elevato consumo di giornate di ricovero, con una degenza media ancora alta (8-10 gg a seconda del luogo di ricovero), con un alto tasso di riospedalizzazione a 6 mesi e ad un anno e con un fenomeno veramente allarmante di riospedalizzazione precoce, subito dopo la dimissione.

I CONTENUTI E L'ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Da questi dati deriva la necessità di una appropriata definizione dei percorsi assistenziali finalizzata al perseguimento di tre, fondamentali obiettivi:

- individuazione precoce dei casi a rischio di instabilità
- controllo della progressione della malattia
- riduzione dei ricoveri ospedalieri.

A questa necessità intende rispondere il Progetto della Consensus Conference sullo scompenso cardiaco.¹

Nato da una iniziativa delle Aree scompenso cardiaco e Management & Qualità dell' ANMCO, sottoscritto da tutte le Società Scientifiche interessate e fatto proprio, nel 2007, dalla Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), il Progetto ha due fondamentali elementi di connotazione:

- un documento-guida prodotto dalle Società Scientifiche
- una specifica struttura scientifico-organizzativa.

Il documento-guida, pubblicato nel 2006 sul Giornale Italiano di Cardiologia¹, è articolato in 4 Sezioni:

(I) ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

(a) Vengono individuati gli obiettivi:

- ritardare comparsa e progressione della disfunzione ventricolare sinistra e dello SC
- prevenire riacutizzazioni e ricoveri ospedalieri
- garantire assistenza specifica al paziente anziano fragile
- garantire assistenza di tipo palliativo al paziente con SC terminale.

(b) Viene precisato il modello gestionale basato sulla definizione di:

- Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT)
- Sistema di Rete Integrata.

Vengono fissati gli obiettivi dei PDT:

- diagnosi di SC, definizione di etiologia, identificazione di cause curabili di SC
- impostazione e ottimizzazione del trattamento
- individuazione dei fattori precipitanti, delle comorbilità e dei fattori di rischio per SC
- stratificazione del rischio
- indicazioni al ricovero ospedaliero
- modalità di follow-up.

Per la costruzione del Sistema di Rete Integrata vengono stabiliti i compiti:

Pazienti e familiari:

- capacità di interazione efficace con l'equipe sanitaria
- assunzione di un ruolo attivo nella gestione della malattia;

Ospedale:

- identificare, tra le professionalità con competenze maturate nella gestione dello SC, una figura o un team multidisciplinare responsabile/i della diagnosi e cura del paziente con SC
- istituire un ambulatorio dedicato per lo SC, punto di riferimento per la continuità assistenziale
- creare, per il malato ricoverato con SC, PDT condivisi tra le diverse strutture ospedaliere;

ASL (Distretti):

- coinvolgere i MMG nella discussione dei PDT, favorendone il processo di formazione
- promuovere l'integrazione funzionale di professionalità tecniche e rappresentanti istituzionali delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere a livello sovra distrettuale all'interno di un Organismo di Coordinamento tra Ospedale e Territorio, con il compito di favorire la formazione della Rete Assistenziale, promuovere la definizione e l'implementazione di PDT e di indicatori di struttura, di processo e di esito come strumento di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;

Regione/Area Vasta:

- promuovere la costituzione di una rete organizzativa tra ASL/Aziende Ospedaliere con stretta interazione tra Strutture, pubbliche o private accreditate, e i Centri in grado di garantire procedure invasive e/o chirurgiche avanzate, inclusi i Centri con Programma Trapianto Cardiaco.

(II) MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA

E' prevista una verifica di appropriatezza basata su:

- indicatori strutturali
- indicatori di processo
- indicatori di esito.

(III) DEFINIZIONE DEI RUOLI PROFESSIONALI

Vengono precisati i ruoli:

Medici di Medicina Generale:

- case manager della maggioranza dei pazienti con SC
- gestione autonoma del percorso di prevenzione primaria
- gestione congiunta con lo Specialista del percorso di prevenzione secondaria
- responsabilità dell'assistenza domiciliare;

Specialista:

- conferma diagnostica
- definizione etiologica
- stratificazione del rischio
- impostazione della terapia;

Specialista Territoriale:

- visite periodiche di controllo
- valutazioni strumentali non invasive
- formazione dei pazienti e dei familiari in collaborazione con Personale Infermieristico

Specialista Ospedaliero:

- gestione fasi di ricovero per SC acuto (PDT differenziati)
- approccio multidisciplinare con precoce attivazione delle consulenze

Infermiere:

- informazione al paziente e ai familiari
- educazione all'autogestione
- monitoraggio di parametri semplici
- risoluzione di eventi minori in collaborazione con il medico
- telesorveglianza domiciliare
- aggiornamento dei database
- organizzazione degli appuntamenti
- integrazione dei vari attori.

(IV) DEFINIZIONE DEI PROFILI CLINICI

Vengono definiti 6 profili:- Soggetto candidato a prevenzione e screening della disfunzione ventricolare asintomatica:

- Paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato
- Paziente con SC ambulatoriale oligosintomatico
- Paziente con SC severo candidabile al trapianto cardiaco
- Paziente con SC con comorbilità e/o anziano
- Paziente con SC terminale.

Per implementare nella pratica clinica i contenuti del documento è stata attivata una struttura scientifico-organizzativa basata su:

- Comitato Nazionale con funzioni di coordinamento sul territorio del Paese
- Comitato Regionale, per singola Regione con funzioni di coordinamento sul territorio regionale e di raccordo operativo con il Comitato Nazionale.

Il Comitato Regionale in Puglia così composto:

Coordinatori

- Pede Sergio
- Iacoviello Massimo

Componenti

- Contursi Vincenzo – AIMEF
- Mangia Rolando – ANMCO
- Antoncecchi Ettore – ARCA
- Greco Antonio – FADOI
- Scrutinio Domenico – GICR
- Correale Michele – SIC
- Izzo Paolo – SICOA
- D'ambrosio Piero – SIGG
- Nicoletti Giuseppe – SIGOS
- Stea Francesco – SIMEU

- Legrottaglie Francesco- SIMG
- Ranieri Giuseppe – SIMI
- Selvaggio Enzo – SNAMID
- Pavese Immacolata – AGE.

Il Comitato ha individuato come prioritarie le azioni necessarie a:

- informare dell'esistenza del Progetto in modo capillare
- realizzare un articolato programma di formazione
- fare un censimento di strutture e iniziative regionali dedicate allo scompenso cardiaco
- definire ruoli e funzioni
- interagire con le Istituzioni per l'accreditamento del Progetto.

Allo scopo sono state attivate le seguenti COMMISSIONI:

- COMMISSIONE PER IL RAPPORTO CON LE ISTITUZIONI
Coordinatori Responsabili: Sergio Pede; Massimo Iacoviello
- COMMISSIONE PER IL MAPPAGGIO REGIONALE DELLE STRUTTURE E/O SERVIZI DEDICATI ALLO SC
Coordinatori Responsabili: Antonio Greco; Francesco Legrottaglie
- COMMISSIONE PER L'INFORMAZIONE E LA FORMAZIONE
Coordinatori Responsabili: Ettore Antoncecchi; Vincenzo Contursi.

Per dare concretezza operativa al Progetto si è ritenuto di avviare un percorso di Informazione/Formazione così articolato:

- organizzazione di un evento formativo "start" che venga promosso dal Comitato e dall'Assessorato alla Salute e dall'ARES;
- l'evento dovrebbe vedere coinvolti tutti i distretti sanitari; per ciascuno di essi dovrebbe essere prevista la partecipazione di componenti designati dalla Direzione della ASL, che saranno poi i referenti locali preposti alla informazione/formazione nel territorio dei singoli distretti;
- per ogni distretto dovrebbero essere individuati: un medico di medicina generale, uno specialista ambulatoriale ed uno ospedaliero, privilegiando coloro che già si occupano della gestione di pazienti con scompenso cardiaco;

Questa impostazione potrebbe diventare la base di un processo di istituzionalizzazione dei percorsi assistenziali dei pazienti con scompenso, e, in questo modo, potrebbe fornire garanzia di appropriatezza per la pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. Consensus Conference. Il percorso assistenziale dei pazienti con scompenso cardiaco. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2006. Volume 7 – Numero 6

Aspetti epidemiologici dello scompenso cardiaco in Puglia

Epidemiology of Heart Failure in Apulia, Italy

Marco Matteo Ciccone¹, Pasquale Caldarola², Maria Cuonzo², Rosa D'agostino¹, Francesca Cortese¹, Gianfranco Mitacchione¹, Stefano Favale¹, Antonio Di Pietro³, Francesco Bux³

¹Cardiologia Universitaria Dipartimento dell'emergenza e dei trapianti d'organo, Università degli Studi di Bari;

²U.O. di Cardiologia, Ospedale Sarcone, Terlizzi

³ARES- Agenzia Regionale per la Sanità, Puglia

Correspondence to:

Marco Matteo Ciccone
ciccone@cardio.uniba.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2009; 1, 3: 148-152

RIASSUNTO

È stato condotto uno studio prospettico su pazienti affetti da insufficienza cardiaca severa. I dati analizzati sono stati ricavati dall'archivio (database) informatizzato direzionale della Regione Puglia offerti dall'ARES-Puglia (Agenzia Regionale per la Sanità). Sono stati calcolati i ricoveri totali tra il 2001 e 2007, i ricoveri per malattie cardiovascolari con insufficienza cardiaca e shock (compresa la mobilità extraregionale), nelle diverse classi di età, le discipline di dimissione, l'andamento dei ricoveri ripetuti e la degenza media. I nostri risultati sono in accordo rispetto ai dati che evidenziano una crescita del numero assoluto delle ospedalizzazioni per scompenso negli ultimi anni negli Stati Uniti, in Scozia, Svezia, Olanda e Spagna. L'incremento appare particolarmente rilevante nel numero di soggetti ricoverati di età >75 anni, ciò in linea con il progressivo incremento dell'aspettativa di vita del nostro paese.

Parole chiave:

scompenso cardiaco; epidemiologia

SUMMARY

We performed a prospective study of patients with severe heart failure in the Apulia region (Italy). The data were obtained from the computerized directional archive (database) of the Apulia Region (Regional Agency for Health). Were established between 2001 and 2007, the total number of admission in hospital and the number of hospitalizations for cardiovascular disease with heart failure and shock (including extra regional mobility) distributed by age, the discipline of resignation, and also the incidence of repeated hospitalizations and the average length of hospital stay. Our results are consistent with the data that show an increase in the absolute number of hospitalizations for heart failure in recent years in the U.S., Scotland, Sweden, Holland and Spain. The increase is particularly relevant in the number of persons hospitalized aged > 75 years, in accordance with the progressive increase in life expectancy in our country

Key words:

heart failure; epidemiology

INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco è una patologia il cui peso epidemiologico è in costante crescita. Nei paesi industrializzati si è osservata una diminuzione della prevalenza delle malattie cardiovascolari, ad eccezione dello scompenso cardiaco che è aumentato. L'inadeguato controllo della sintomatologia è responsabile di frequenti riammissioni ospedaliere con un tasso di ricoveri per insufficienza cardiaca che corretto per età aumenta di circa il 10% per anno. La causa principale dei ricoveri ospedalieri nei soggetti con più di 65 anni è

rappresentata dallo scompenso cardiaco. Si stima che nel mondo oltre 15 milioni di persone siano affette da insufficienza cardiaca, quindi siamo di fronte ad una vera e propria "epidemia".

Nonostante il notevole peso sociale, i dati epidemiologici sull'insufficienza cardiaca sono limitati per la mancanza di accordo sulla sua definizione, per l'assenza di criteri diagnostici riconosciuti unanimemente, in parte per il ridotto numero di studi su popolazione.

Le attuali strategie terapeutiche producono un lieve miglioramento

della qualità di vita, mentre la prognosi dei pazienti con insufficienza cardiaca avanzata rimane infausta.^{1,2}

INCIDENZA

I dati sull'incidenza dello scompenso cardiaco ed il suo andamento nel tempo sono molto variabili e talvolta controversi. I dati provenienti dai certificati di morte e dal numero di dimissioni ospedaliere indicherebbero un chiaro aumento dell'incidenza dello scompenso cardiaco. Tuttavia, questi dati potrebbero essere alterati da diversi fattori: eterogeneità dei criteri adottati per la definizione di scompenso cardiaco, bassa soglia di diagnosi negli anziani, possibile interesse economico nel codificare lo scompenso cardiaco come diagnosi di dimissione. Lo studio di Framingham,³ ha costituito la più importante fonte longitudinale di dati epidemiologici sullo scompenso cardiaco. Nello studio di Framingham, una coorte di 5209 individui è stata valutata ogni due anni a partire dal 1948 ed un'ulteriore coorte (costituita dai discendenti della prima) è stata aggiunta nel 1971. I dati ottenuti sono stati utilizzati per determinare l'incidenza e la prevalenza dello scompenso cardiaco, definito sulla base di criteri clinici e radiografici.

I dati ottenuti evidenziano come l'incidenza varia da 1 a 2 per 1000 casi per anno. Un dato ampiamente dimostrato è l'aumento esponenziale dell'incidenza dello scompenso cardiaco con l'avanzare dell'età. L'incidenza dello scompenso cardiaco raddoppia all'incirca per ogni dieci anni d'età, e raggiunge il 3% nei soggetti di età compresa fra gli 85 ed i 94 anni.

Il recente studio di Hillingdon ha considerato l'incidenza dello scompenso cardiaco, definito sulla base di criteri clinici, radiografici ed ecocardiografici in una popolazione di circa 150000 persone della parte occidentale di Londra. Questo studio ha dimostrato come l'incidenza annuale globale è dello 0,08% e dell'1,2% per gli individui d'età uguale o superiore agli 86 anni. Inoltre ha evidenziato come l'incidenza si riduca da 6,5 per 1000 persone ad 1,85 quando i pazienti inviati alle unità scompenso dai medici di base, siano attentamente valutati per avere un reale quadro di insufficienza cardiaca cronica⁴.

PREVALENZA

La insufficienza cardiaca colpisce dallo 0,4% al 2% della popolazione adulta europea con un aumento esponenziale con l'avanzare dell'età. In Europa la popolazione globale si attesta sui 900 milioni di persone, quindi almeno dieci milioni di persone sono affette da insufficienza cardiaca cronica. Negli Stati Uniti l'1,5% (circa 5 milioni di individui) della popolazione è affetta da insufficienza cardiaca.⁵

Il costante incremento della prevalenza è legato all'invecchiamento della popolazione, al netto miglioramento della prognosi dei pazienti con infarto miocardico ed ad un più efficace trattamento dell'ipertensione arteriosa che, prolungando la sopravvivenza, sono causa indiretta di un maggior rischio di scompenso. Anche le stime della prevalenza variano ampiamente in rapporto alle differenti metodologie. In Italia esistono pochi studi e la prevalenza non aggiustata per l'età varia da 3 casi per 1000 persone per anno in Piemonte e Veneto.^{6,7} Il sesso femminile sembra essere meno colpito da questa patologia. La maggior parte delle

ospedalizzazioni e dei decessi ed i costi elevati riguardano una piccola minoranza dei pazienti con insufficienza cardiaca avanzata; infatti i pazienti in classe N.Y.H.A III o IV rappresentano circa il 10% del totale e consumano più del 90% delle risorse totali devolute al trattamento dello scompenso cardiaco.

SCOPO DELLO STUDIO

Da tutto ciò esposto, nasce la necessità di avere dati epidemiologici certi sulla ospedalizzazione per scompenso cardiaco in Puglia.

Scopi dello studio sono:

- individuare un metodo di calcolo dalle SDO e dai CF dei cittadini al fine di ottenere i dati in regione relativi alla ospedalizzazione per scompenso cardiaco;
- valutare i flussi degenziali degli ultimi sette anni al fine di individuare i pattern di un moderno modello gestionale;
- confrontare i dati della regione Puglia con i dati dell'epidemiologia nazionale.

MATERIALI E METODI

DISEGNO DELLO STUDIO

Questo è uno studio prospettico condotto su pazienti affetti da insufficienza cardiaca severa.

I dati analizzati in questo lavoro sono stati ricavati dall'archivio (database) informatizzato direzionale della Regione Puglia offerti dall'ARES-Puglia (Agenzia Regionale per la Sanità).

POPOLAZIONE STUDIATA

Utilizzando i dati provenienti dalle SDO sono stati selezionati i ricoveri con DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock). I ricoveri selezionati sono relativi a pazienti residenti nella regione Puglia identificati tramite il c.f. personale. Sono stati calcolati i ricoveri totali nella Regione Puglia tra il 2001 e 2007, i ricoveri per malattie cardiovascolari con insufficienza cardiaca e shock (compresa la mobilità extraregionale), nelle diverse classi di età, le discipline di dimissione, l'andamento dei ricoveri ripetuti e la degenza media.

RISULTATI E COMMENTI

Dal 2001 al 2007 i ricoveri totali in Puglia così rappresentati nella figura 1 si sono ridotti dell'8,4%.

I ricoveri per DRG 127 (fig.2), sono aumentati costantemente fino al 2006 di circa il 15%, con un successivo lieve calo nel 2007 dell'1,7% rispetto al 2006. Tale risultato potrebbe far supporre (sperare) una

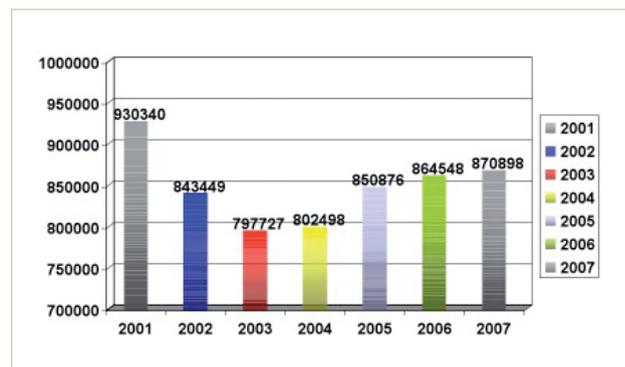


Figura 1. Ricoveri totali in Puglia dal 2001 al 2007

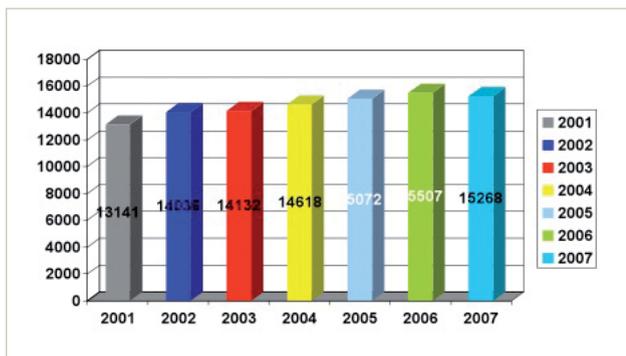


Figura 2. DRG 127 in Puglia dal 2001 al 2007

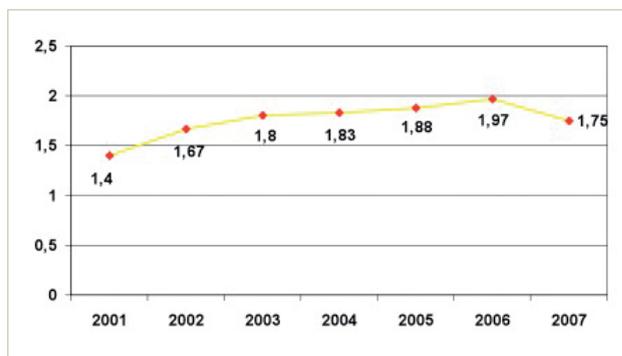


Figura 3. Rapporto DRG 127/ricoveri totali

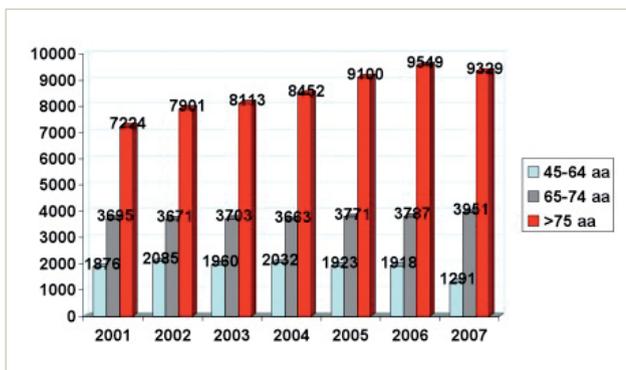


Figura 4. DRG 127 suddivisi per età

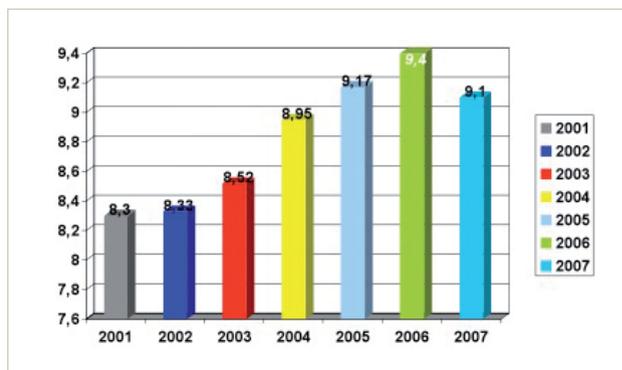


Figura 5. Degenza media DRG 127 dal 2001 al 2007

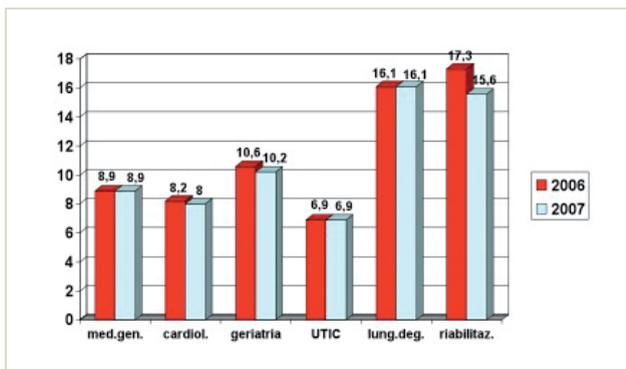


Figura 6. Degenza media nei vari reparti con scorporo come prima diagnosi

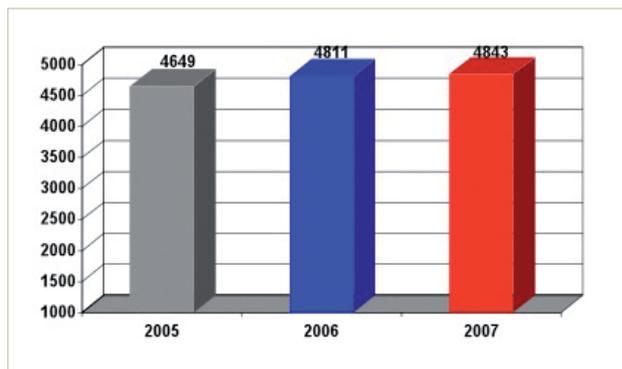


Figura 7. Ricoveri ripetuti dal 2001 al 2007

iniziale inversione di tendenza.

Se si raffrontano i ricoveri DRG 127 con i ricoveri totali, risulta confermata questa lieve inversione di tendenza (fig.3).

Distribuzione di ricoveri per età

Suddividendo i pazienti per fasce di età (45-64, 65-74, >75anni), appare che, mentre è confermata una pressoché stabile frequenza di ricoveri per DRG 127 nelle prime due fasce considerate, si evince invece un costante incremento di ricoveri nella fascia di età >75 anni fino al 2006, con successivo lieve decremento solo nel 2007 (2,3%) (fig.4).

Degenza media per DRG 127

Anche per la degenza media dei ricoveri per DRG 127 (fig. 5) si osserva un progressivo incremento della stessa da 8,3 giorni

nel 2001 a 9,4 giorni nel 2006, con successivo decremento a 9,1 giorni nel 2007.

Degenza media nei vari reparti

Se si considerano le degenze medie dei ricoveri per scorporo cardiaco come prima diagnosi nei vari reparti ospedalieri, non si osserva sostanziale differenza (fig.6).

Distribuzione dei ricoveri ripetuti

Si osserva (fig. 7 - fig. 8) un incremento costante dei ricoveri ripetuti negli ultimi tre anni di osservazione (2005-2007) in valore assoluto e percentuale.

Considerando invece i ricoveri ripetuti per numero di episodi nello stesso paziente (fig. 9), si verifica una stabilità degli stessi per fasce.

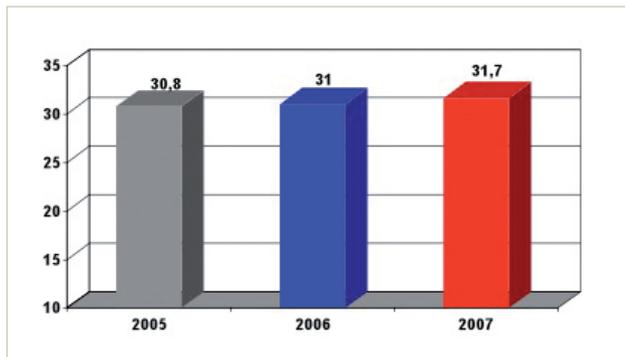


Figura 8. Ricoveri ripetuti dal 2001 al 2007, percentuali

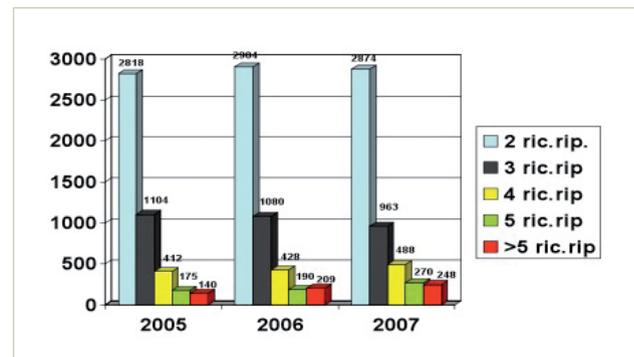


Figura 9. Ricoveri ripetuti con DRG 127 dal 2005 al 2007

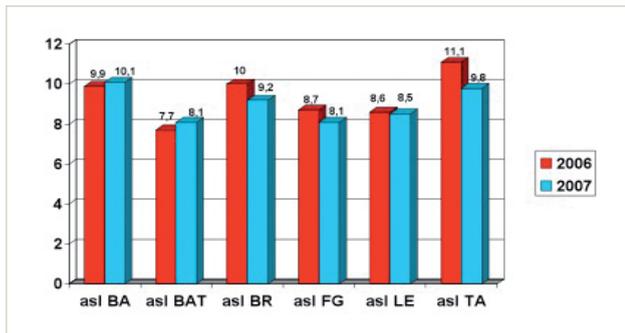


Figura 10. DRG 127 degenza media per ASL

Tasso di ospedalizzazione per DRG 127

Calcolando il tasso di ospedalizzazione per DRG 127 individuato per ciascuna delle sei ASL provinciali della Regione Puglia, si evidenzia una discreta differenziazione dello stesso tasso per ogni singola ASL (fig. 10), con sostanziale stabilità fra le due annate considerate (2006-2007).

Dal confronto della media regionale del tasso di ospedalizzazione per scompeso cardiaco (3,22%) con quello nazionale (3,25%), risulta che i due valori sono vicini, e che la Regione Puglia si assesta, seppur lievemente, al di sotto della media nazionale, come la maggior parte delle regioni del sud Italia (fig.11).

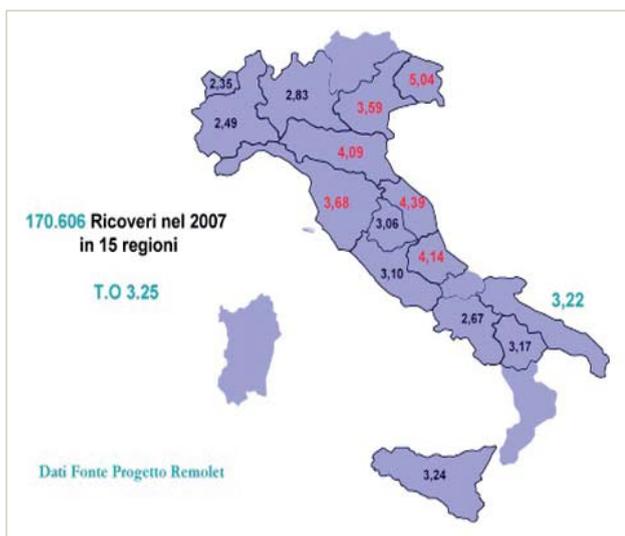


Figura 11. Tasso di ospedalizzazione per scompeso cardiaco nelle Regioni italiane

Dal punto di vista economico quindi, mentre si assiste ad un incremento progressivo della spesa sanitaria pugliese per tutti i ricoveri effettuati negli ultimi tre anni della nostra osservazione (fig.12) nell'ultimo anno si osserva, al contrario, un lieve decremento della spesa per DRG 127 [a conferma di quella tendenza riscontrata precedentemente (fig.13) che rappresenta la maggior parte del costo totale correlato con lo scompeso cardiaco (fig.14)].

CONCLUSIONI

I nostri risultati sono in accordo rispetto ai dati che evidenziano una crescita del numero assoluto delle ospedalizzazioni per scompeso negli ultimi anni negli Stati Uniti, in Scozia, Svezia, Olanda e Spagna. L'incremento del numero dei ricoveri per scompeso cardiaco non è pertanto un dato esclusivo della Regione Puglia. L'incremento è particolarmente rilevante nel numero di soggetti ricoverati di età >75 anni, ciò in linea con il progressivo incremento dell'aspettativa di vita del nostro paese.

Dall'analisi della distribuzione dei ricoveri emerge che la destinazione degli scompensati risulta in incremento nei reparti di cardiologia ed in calo nei reparti di Medicina. Tale dato potrebbe essere spiegato con la riduzione del numero di posti letto di Medicina effettuato nel 2002 conseguente al riordino del Sistema Sanitario nella regione Puglia. E' ragionevole ipotizzare che lo stesso intervento di riordino del 2002 sia stato responsabile del sensibile decremento dei ricoveri totali.

Un dato rilevante è quello relativo alle percentuali dei ricoveri ripetuti, anche se in calo, che a nostro parere correla con la tipologia di assistenza offerta al paziente dopo la dimissione ospedaliera. La degenza media è aumentata dal 2001 al 2007, ciò potrebbe correlare con la comorbilità dei pazienti scompensati e l'aumento

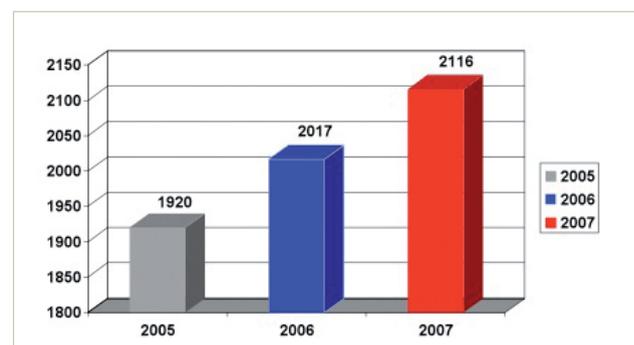


Figura 12. Valore economico di tutti i ricoveri in Puglia (in milioni di euro)

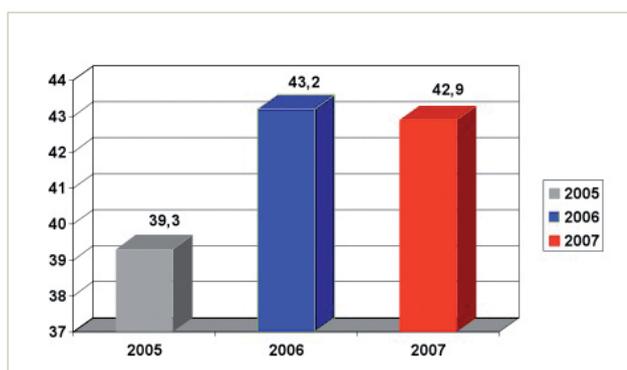


Figura 13. Valore economico DRG 127 (in milioni di euro)

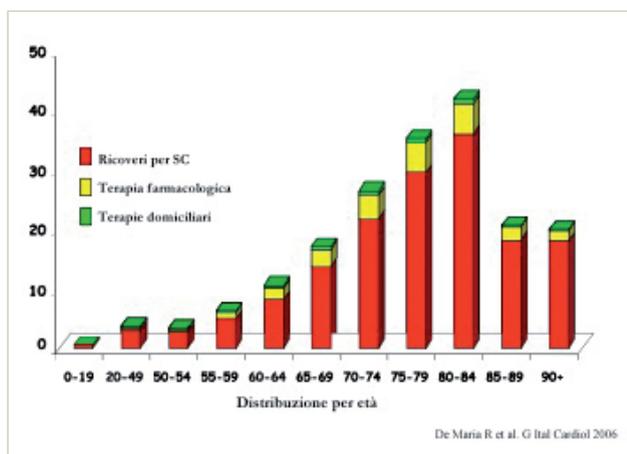


Figura 14. Distribuzione delle risorse sanitarie

dell'età media dei soggetti ricoverati.

In conclusione, il dato relativo all'aumento dei ricoveri per scompenso cardiaco appare rilevante per il significativo impatto economico ed organizzativo. E' necessario prevedere efficaci percorsi di gestione di tali pazienti la cui domanda di cura sul territorio non trova sempre adeguata risposta in modelli assistenziali extraospedalieri efficaci, come emerge dall'alto tasso di riospedalizzazione precoce.

Un intervento più efficace dovrebbe cominciare in ospedale con una presa in carico dei pazienti più complessi al momento della dimissione tramite le Heart Failure Unit, le quali dovrebbero essere istituite in maniera più capillare.

Altro momento incisivo dovrebbe essere costituito dall'attivazione di percorsi multidisciplinari intra ospedalieri condivisi, e di modelli

gestionali extraospedalieri così come già sviluppati in una recente proposta dell'Ufficio Programmazione e Gestione Sanitaria della Regione Puglia.

Con delibera n°1154 del 1/7/2008 sono stati infatti approvati una serie di percorsi diagnostico-terapeutici, graduati in funzione della complessità dei pazienti scompensati.

Il primo percorso, per "paziente con disfunzione ventricolare sinistra asintomatica" prevede un pacchetto di prestazioni ambulatoriali eseguibili in più accessi presso l'ambulatorio per lo scompenso cardiaco in Day Service.

Il secondo percorso è dedicato al "paziente con scompenso cardiaco cronico stabile, oligo-asintomatico".

Il terzo percorso è previsto per "paziente con recente scompenso cardiaco acuto(entro 30 gg)", e simile al quarto percorso previsto per "paziente con scompenso cardiaco cronico avanzato e/o instabilità clinica" e comprendono due accessi in Day Hospital.

E' un progetto regionale che vede impegnate le società scientifiche locali del ANMCO e della SIC in accordo con gli indirizzi suggeriti dalla "CONSENSUS CONFERENCE: il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco".⁸

BIBLIOGRAFIA

1. Esc Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Acute And Chronic Heart Failure 2008. *European Heart Journal* (2008) 29, 2388-2442.
2. Acc/Aha 2005 Guideline: Update For The Diagnosis And Management Of Chronic Heart Failure In The Adult. *Circulation* 2005;112;E154-E235linee Guida Dell' American College Of Cardiology E Dell' American Heart Association.
3. Ho Kk, Anderson Km, Kannel Wb, Grossman W, Levy D. Survival After The onset of Congestive Heart Failure In Framingham Heart Study Subjects. *Circulation* 1993;88: 107-15.
4. Cowie MR, Wood DA, Coats AJS, et al. Survival of patients with a new diagnosis of heart failure: a population based study. *Heart* 2000;83:505-10.
5. Remmew J, McMurray Jj, Rauch B, Et Al. Public Awareness of Heart Failure in Europe: first results from shape. *Eur Heart J* 2005;26:2413-21.
6. Di Lenarda A, Goliani P, Grella M. Le statistiche ospedaliere come strumento di studio epidemiologico: lo scompenso cardiaco a Trieste. *Ital Heart J Suppl* 2002; 3: 58-70.
7. Anselmino M, Petrelli A, Gnani R, Bobbio M, Trevi Gp. Epidemiologia dei ricoveri per scompenso cardiaco in Piemonte tra il 1996 e il 2001. *Ital Heart J Suppl* 2005;6: 42-52.
8. Consensus Conference. Il Percorso Assistenziale Del Paziente Con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7: 387-432.

L'attività di trapianto di cuore in Puglia

Heart transplantation in Apulia, Italy

Nicola Marraudino

U.O. di Cardiocirurgia, Dipartimento dell'emergenza e dei trapianti d'organo, Università degli Studi di Bari

Correspondence to:

Nicola Marraudino
nikmarr@hotmail.com

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2009; 1, 3: 153-154

RIASSUNTO

Nell'ambito dell'attività di trapianto cardiaco a livello nazionale, dal Febbraio 2002 si è inserito il centro di Cardiocirurgia del Policlinico Universitario di Bari. Nella prima fase della attività del centro cardiocirurgico sono stati eseguiti 11 trapianti.

Parole chiave:

trapianto cardiaco

SUMMARY

Since February 2002 within the heart transplant at the national level has been entered the center of Cardiac Surgery of the University Hospital of Bari. In the first phase of the center's activities were performed 11 cardiac transplants.

Key words:

heart transplantation

Nell'ambito dell'attività di trapianto cardiaco a livello nazionale, dal Febbraio 2002 si è inserito il centro di Cardiocirurgia del Policlinico Universitario di Bari.

Tale attività può essere divisa in due fasi, la prima che va dal Febbraio 2002 al Settembre 2004, e la seconda che va dall'Aprile 2009 ad oggi.

Nella prima fase sono stati eseguiti 11 trapianti. Purtroppo la carenze strutturali e la carenza di personale hanno non solo ridotto l'attività in tutto il suddetto periodo, ma hanno, anche e soprattutto, portato alla sospensione dell'attività di trapianto nel settembre 2004.

Tale attività di trapianto è poi ripresa presso la nuova struttura nel padiglione "Asclepios".

Il trasferimento dell'Unità Operativa è avvenuto nel gennaio 2006.

La struttura è composta da :

- 22 posti di degenza ordinaria
- 7 posti di Terapia Intensiva
- 8 posti di terapia sub-intensiva
- Laboratorio di emodinamica interventistica
- 4 posti di Terapia Intensiva post-emodinamica
- 1 box trapianti con un posto letto

Il box per i pazienti trapiantati sta per essere trasferito in una nuova

sala in allestimento, che prevede la presenza di 2-3 posti letto.

L'iter amministrativo-burocratico che ha condotto alla seconda fase del trapianto cardiaco a Bari è stato il seguente:

- Giugno 2006: sopralluogo commissione ministeriale per autorizzazione ad eseguire il Trapianto Cardiaco nella nuova struttura
- Luglio 2007: autorizzazione sotto condizione
- Marzo e Settembre 2007: richiesta chiarimenti e successivo adeguamento strutturale
- Settembre 2008: autorizzazione definitiva
- Aprile 2009: primo trapianto.

Dalla seconda metà dell'Aprile 2009 al 30 Ottobre 2009 sono stati eseguiti 9 trapianti cardiaci.

Attualmente, sempre presso l'Unità Operativa di Cardiocirurgia del Policlinico di Bari, è disponibile un sistema di assistenza ventricolare per il "bridge" al trapianto ed è in itinere la procedura per allestire il "Centro per il Trattamento Chirurgico dello Scompenso Cardiaco Refrattario, Assistenze Meccaniche e Trapianto Cardiaco"

Il personale medico che partecipa attivamente all'attività che ha reso possibile la ripresa del trapianto cardiaco è il seguente:

Unità Operativa di Cardiocirurgia – A.O. Policlinico di Bari

Direttore: Prof. Luigi de Luca Tupputi Schinosa

Dirigenti Medici:

Responsabile: Prof. Nicola Marraudino

Dr. Giuseppe Capone,

Dr. Giosuè Lionetti

Dr. Domenico Paparella

Unità Operativa di Cardiologia Universitaria – A.O. Policlinico di Bari

Direttore: Prof. Stefano Favale

Dirigenti Medici: Dr. Massimo Iacoviello

Unità Operativa di Cardiologia – I.R.C.C.S. “S. Maugeri” – Cassano delle Murge

Direttore: Dr. Rocco La Gioia

Dirigenti Medici: Dr. Andrea Passantino.

E' stata avviata una serie di incontri per coinvolgere altre strutture cardiologiche di tutta la regione da inserire nel programma di trattamento dello scompenso cardiaco.

La rete integrata per lo scompenso cardiaco: la normativa regionale

The network for heart failure: the regional regulation

Sergio Pede

U.O.C. Medicina Interna - U.O.S. Riabilitazione Cardiologica, Ospedale N. Melli, San Pietro Vernotico, Brindisi

Correspondence to:

Sergio Pede
sergio.pede@alice.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2009; 1, 3: 155-159

RIASSUNTO

Il Piano Sanitario della Regione Puglia intende privilegiare forme di assistenza multidisciplinari, mirate alle patologie invalidanti e cronico-degenerative, tra cui lo scompenso cardiaco, condizione clinica ad elevato grado di assorbimento di risorse sanitarie (1-2% del budget sanitario regionale) e, in quanto tale, oggetto di iniziative gestionali volte ad elaborare ed attivare modelli organizzativi appropriati.

Un documento, basato sugli indirizzi ufficiali delle Associazioni Scientifiche che si occupano dell'argomento, è stata formulato da un apposito Comitato Regionale con lo scopo di fornire le basi normative per realizzazione di una Rete Integrata per lo scompenso cardiaco. Elementi essenziali del documento sono: • Definizione di finalità, obiettivi e azioni del Piano Attuativo; • Individuazione degli Organi di gestione: Comitato Tecnico Regionale, Comitati Tecnici-Aziendali; • Elaborazione di specifici protocolli diagnostico-terapeutici; • Organizzazione dell'assistenza; • Esplicitazione dei risultati attesi.

Parole chiave:

rete per lo scompenso cardiaco; normativa regionale

SUMMARY

The Sanitary Plan of the Puglia Region intends to promote multidisciplinary forms of assistance, targeted to disabling diseases and chronic degenerative diseases, including the Heart Failure, clinical condition with a high level of absorption of health resources (1-2% of the regional budget health) and, as such, the subject of initiatives aimed at producing management and activate appropriate organizational models. A document, based on the broad official scientific associations that deal with this matter, was delivered by an appropriate Regional Committee with the purpose of providing a basis for regulatory implementation of an integrated network for the heart failure. Essential elements of the document are:

• Definition of scope, objectives and actions of Implementation Plan; • Identification of the Management Committees; • Preparation of specific Diagnostic-Therapeutic Protocols; • Organisation of assistance; • Clarification of the expected results.

Key words:

heart failure network; regional law regulation

PREMESSA

Lo scompenso cardiaco (SC) è una delle patologie croniche maggiormente invalidanti ed a più elevato impatto socio economico. L'invecchiamento della popolazione e l'aumentata sopravvivenza dopo eventi cardiaci acuti ne giustificano l'aumento di prevalenza negli ultimi anni (attualmente stimata intorno allo 1-2%) e l'ulteriore incremento previsto nei prossimi decenni. Nonostante i progressi terapeutici, lo SC continua ad essere gravemente invalidante ed è associato ad un'elevata morbilità e mortalità.

Questi dati spiegano l'elevato grado di assorbimento di risorse sanitarie (1-2% del budget sanitario) da cui è gravata la gestione dei pazienti con SC e pongono la necessità di elaborare ed attivare modelli organizzativi appropriati.

A tale necessità risponde il sistema delle Reti Integrate dei Servizi.

Si tratta di un modello organizzativo che deriva da un processo di programmazione dei servizi sanitari basato su un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie unità produttive e si realizza

attraverso il sistema Hub & Spoke (mozzo & raggi di una ruota):

- Hub: Centri di riferimento con attività di elevato grado di complessità;
- Spoke: Centri collegati con attività di selezione dei pazienti, di invio ai Centri di riferimento e di "ripresa in carico".

In questo modo le Reti compongono due esigenze tra loro apparentemente contrastanti:

- la necessità di concentrazione dei servizi per garantire la qualità tecnica;
- la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso.

Consentono il raggiungimento di questo risultato perché spostano l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso del paziente che può essere seguito, seppure in servizi diversi, in modo unitario.

Si basano sulla attivazione di percorsi assistenziali, centrati sull'individuo (e non sulla malattia), partendo dalla prevenzione, passando per la fase della diagnosi e della cura e chiudendo il circuito assistenziale con la riabilitazione.

Attraverso i percorsi assistenziali vengono garantite la continuità assistenziale e l'integrazione Territorio-Ospedale.

Seguendo questa impostazione le Società Scientifiche Cardiologiche ANMCO e SIC, con tutte le altre Società coinvolte nelle problematiche dello SC, hanno ampiamente descritto e chiaramente codificato i percorsi assistenziali per i pazienti con SC in uno specifico documento.¹

Questo documento è stato recentemente integrato da un'altra proposta della FIC relativa alla struttura e alla organizzazione funzionale della Cardiologia, che fornisce ulteriori e aggiornate indicazioni per la gestione dello SC.²

Le proposte contenute nei due documenti sono in linea con le direttive del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 per la gestione dei pazienti cronici, le quali individuano proprio nella forte integrazione tra territorio ed ospedale, la strategia per l'attivazione di interventi volti alla continuità delle cure, al monitoraggio del paziente, alla riduzione delle recidive e dei ricoveri, basandola sulla elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi.

Sono in linea anche con il Piano Sanitario della Regione Puglia 2002-2004 che recita: "le caratteristiche demografico-epidemiologiche della comunità pugliese impongono di dover privilegiare forme di assistenza multidisciplinari, mirate alle patologie invalidanti e cronico-degenerative, per le quali il mantenimento dell'autonomia o comunque la permanenza nel proprio ambiente di vita, con la prevalenza delle cure domiciliari, assume significato strategico della qualità di vita".

In Puglia si è attivato un Comitato Regionale, formato dai rappresentanti di tutte le società scientifiche che hanno partecipato alla elaborazione della Consensus Nazionale.

Il Comitato ha elaborato una proposta basata sui documenti citati finalizzandola alla creazione ed alla attivazione di una Rete Integrata per lo scompenso cardiaco.

PROPOSTA

Sono stati identificati gli obiettivi da perseguire:

- l'ottimizzazione del trattamento dei pazienti affetti da S.C. volto ad assicurare tutti i presidi terapeutici attualmente indicati per i pazienti e disponibili nella Regione e ad ottenere il miglioramento

dello stato funzionale, della qualità di vita e della sopravvivenza dei pazienti;

- l'educazione dei pazienti (compresa adesione e capacità di autogestione della terapia);

- un follow-up personalizzato dei pazienti volto: al controllo della progressione della malattia, all'individuazione precoce delle instabilizzazioni, alla prevenzione ed alla riduzione delle ospedalizzazioni.

Vengono definite le azioni:

- 1 istituzione di un Comitato Tecnico Regionale;
- 2 istituzione di un Comitato Tecnico presso ogni Azienda Sanitaria Locale;
- 3 elaborazione di specifici protocolli diagnostico-terapeutici;
- 4 individuazione delle Strutture Ospedaliere di Riferimento;
- 5 individuazione dei percorsi di Gestione Territoriale;
- 6 individuazione dei percorsi di Gestione Domiciliare;
- 7 individuazione dei percorsi di assistenza in RSA ed Hospice.

1. ISTITUZIONE DI UN COMITATO TECNICO REGIONALE (CTR-SC)

I componenti del CTR sono designati da Assessorato alla Salute ed ARES su proposta del Comitato Regionale per l'attuazione della Consensus Conference.

Compiti del CTR sono:

- individuazione dei requisiti e della distribuzione territoriale dei centri Hub e Spoke;
- indirizzi per la formazione del personale medico ed infermieristico;
- coordinamento, monitoraggio, controllo e verifica dell'organizzazione e del funzionamento della Rete.

2. ISTITUZIONE DEI COMITATI TECNICI AZIENDALI (CTA-SC)

Sono fissati i criteri per la composizione:

- Coordinatore nominato dal Direttore Generale;
- altri componenti individuati dal Coordinatore, di concerto con il Direttore Generale dell'Azienda con i Direttori delle UOC di Cardiologia, Medicina, Geriatria per il personale dipendente e con le categorie professionali per le figure esterne all'Azienda;
- tutti i componenti devono essere esperti di problematiche dello SC ed essere direttamente coinvolti nella gestione dello SC.

Le attività sono:

- relazioni sullo stato di attuazione del programma almeno ogni 6 mesi;
- riunioni operative con una cadenza almeno trimestrale.

Per la implementazione di queste attività i CTA si avvalgono della collaborazione di task force distrettuali composte dagli operatori (1 medico ospedaliero, 1 specialista ambulatoriale, 1 medico di Medicina Generale) formati con l'evento formativo iniziale previsto dall'ARES e dal Comitato Regionale.

I compiti:

- a. promuovere la organizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali dedicate allo scompenso cardiaco, favorire la formazione della rete ospedaliera, coinvolgere i MMG, creare database per la condivisione delle informazioni cliniche pertinenti ed il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- b. definire il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) del malato

- con SC all'interno della ASL/Distretto ed all'interno dell'Ospedale, condiviso con tutte le figure professionali coinvolte a vario titolo nell'assistenza al paziente scompensato;
- c. definire quanto previsto per le modalità di continuità assistenziale ospedale-territorio, il ruolo del Medico di Assistenza Primaria e del Medico di Continuità Assistenziale, l'accesso agli ospedali, alle cure intermedie, all'assistenza domiciliare, ai servizi sociali;
 - d. rilevare gli:
 - indicatori di struttura;
 - indicatori di processo;
 - indicatori di esito;
 - e. monitorare sistematicamente tutte le componenti del percorso assistenziale dello scompenso cardiaco, con particolare riguardo alle criticità ed alle problematiche del sistema, suggerendo alla Direzione Generale Aziendale le eventuali misure correttive;
 - f. promuovere la crescita culturale e la comunicazione fra tutti i professionisti coinvolti attraverso il supporto e la consultazione reciproca, la condivisione dei protocolli diagnostico-terapeutici, la discussione interattiva per la soluzione dei problemi clinici, la gestione condivisa dei casi complessi, gli eventi formativi, il materiale didattico ed educativo, utilizzando tutte le volte possibili il sistema dell'e-learning e della teleconferenza (portale di telemedicina – teleconsulto "Comunità Sanitaria Regionale");
 - g. promuovere l'utilizzo di strumenti di telemedicina quale mezzo per aumentare il livello di interazione fra il territorio e le strutture di riferimento per lo scompenso cardiaco, riducendo la necessità di spostamento di pazienti fragili e spesso anziani.

3. ELABORAZIONE DI SPECIFICI PROTOCOLLI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

I percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con scompenso cardiaco vengono configurati in maniera diversificata in base allo stadio dello scompenso e vengono distinti in:

1. prevenzione e screening della disfunzione ventricolare asintomatica;
2. gestione del paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato;
3. gestione del paziente ambulatoriale oligosintomatico
4. gestione del paziente con SC avanzato candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare;
5. gestione del paziente anziano con comorbidità e/o fragile
6. gestione del paziente con scompenso terminale.

4. INDIVIDUAZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DI RIFERIMENTO

L'attuazione del modello Hub e Spoke richiede l'identificazione delle strutture di riferimento.

Sono previsti 2 livelli di struttura ed 1 centro di III livello per l'attività di trapianto di cuore ed assistenza meccanica.

STRUTTURA I LIVELLO

La struttura si identifica con l' Ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco.

Allocazione:

- negli Ospedali, pubblici o privati accreditati, nell'ambito di strutture ospedaliere cardiologiche e/o cardiologico-riabilitative e/o internistiche e/o geriatriche non caratterizzate da prestazioni di alta specializzazione;
- nei poliambulatori territoriali;

Organizzazione:

- coordinamento affidato ad un dirigente medico, preferibilmente uno specialista in cardiologia con documentata esperienza nella diagnosi e cura dello SC;
- presenza di personale infermieristico dedicato ed adeguatamente formato;
- dotazione di tecnologia sanitaria necessaria a garantire lo svolgimento delle attività;
- possibilità di attivare funzioni di Day Service ed eventualmente Day-Hospital.

Attività:

- raccordo operativo con i MMG del Distretto Socio-Sanitario di riferimento;
- possibilità di diagnostica cardiologica non invasiva completa (visita, ECG, ecocardiogramma, stress test);
- attività coordinata con un laboratorio di riferimento al fine di un corretto monitoraggio dei parametri bioumorali;
- approccio multidisciplinare al paziente con la possibilità di usufruire di consulenza plurispecialistiche;
- avvio, quando necessario, dei pazienti alle strutture di II livello;
- presa in carico dei pazienti dalla struttura di II livello dopo il completamento dell'iter diagnostico terapeutico programmato.

Nelle strutture in cui non è attivabile l'Ambulatorio dedicato, l'Ambulatorio Cardiologico Generale si struttura per garantire i livelli minimi di continuità assistenziale.

STRUTTURA II LIVELLO

La struttura si identifica con l' Unità per lo scompenso cardiaco.

Allocazione:

- in Ospedali connotati dalla presenza di strutture con attività di degenza, di diagnostica e di terapia di elevato livello (UTIC, Emodinamica, Laboratorio di elettrofisiologia e di elettrostimolazione cardiaca, Riabilitazione).

Configurazione:

- Unità Operativa all'interno del Dipartimento Cardiovascolare o dell'UOC di Cardiologia dotata di:
- uno o più Ambulatori dedicati;
- posti letto per ricoveri in regime ordinario e in Day Hospital.

Organizzazione:

- la figura professionale centrale è rappresentata dal medico cardiologo, coadiuvato da uno o più infermieri dedicati, direttamente responsabile dei percorsi assistenziali per i soggetti che afferiscono alla struttura; il cardiologo attiva strumenti di collaborazione con i medici del PS/DEA ed altri specialisti medici (internisti, geriatri, nefrologi, etc.) e non medici (psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti).

Attività:

- presa in carico, su richiesta degli operatori degli Ambulatori Dedicati allo scompenso cardiaco presenti sul territorio dell'Azienda, dei pazienti a maggior grado di complessità

clinica, che necessitano di valutazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici (rivascolarizzazione mediante angioplastica ed impianto di cardiovertitori defibrillatori automatici) non disponibili nelle Strutture di I livello.

Funzioni:

- attivazione dei ricoveri in degenza Ordinaria o Day Hospital o dei Day Service, per personalizzare e rendere efficiente il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con scompenso cardiaco, secondo la normativa regionale vigente;
- creazione dei percorsi condivisi fra le diverse unità operative ospedaliere, da quelle del PS/DEA (Medicina d'Urgenza o Medicina e Chirurgia di accettazione e d'Urgenza) a quelle di Medicina e di Cardiologia. In questi protocolli gestionali interni dovrebbero essere esplicitati i criteri di appropriatezza di ricovero in UTIC e di trasferimento nei reparti di degenza ordinaria o di cure intermedie;
- predisposizione, in assenza di una struttura specialistica di riferimento extraospedaliera, di protocolli operativi condivisi ed un canale preferenziale di accesso del MMG per i casi clinici all'esordio ed i problemi correlati alla prima fase di impostazione diagnostico-terapeutica;
- attivazione, in collaborazione con il personale infermieristico, di un programma di attività educativa e di prevenzione delle instabilizzazioni e della progressione della malattia, anche attraverso la preparazione di materiale didattico/educativo.
- formazione e aggiornamento sullo scompenso cardiaco del personale medico ed infermieristico interni ed esterni alla struttura.
- promozione dell'attività di ricerca.

Requisiti strutturali:

- uno o più ambulatori cardiologici per la valutazione clinica e strumentale (ECG, Ecocardiogramma color Doppler, eco-color Doppler vascolare, Ecg dinamico delle 24 ore- Holter ed ergometria) e la raccolta computerizzata dei dati (le valutazioni strumentali, qualora l'USC non ne sia dotata potranno essere effettuate negli appositi laboratori della Struttura complessa di Cardiologia; tuttavia non si può prescindere dalla presenza di un Laboratorio di Ecocardiografia e di Ergospirometria);
- spazi dedicati e personale specificamente formato, per garantire l'accesso diretto dei pazienti, con percorsi pre-definiti e tempi certi di effettuazione delle prestazioni strumentali richieste.

Dotazione del personale:

- almeno 1 medico cardiologo dedicato ed eventuali collaboratori in numero proporzionale al bacino di utenza (qualora superiori i 100000) ed almeno 2 infermieri per l'esecuzione di esami strumentali e per l'intervento educativo nello scompenso cardiaco.

Centro di riferimento per programma di trapianto di cuore ed assistenza meccanica (*STRUTTURA DI III LIVELLO*).

Allocazione e configurazione:

Il centro cardiologico di riferimento per il programma di trapianto di cuore e di assistenza meccanica è allocato nell' U.O. di Cardiologia Universitaria dell'AO Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, la

cui attività assistenziale e di ricerca è in stretta collaborazione con la U.O. di Cardiochirurgia, struttura di riferimento per il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato (trapianto di cuore, chirurgia valvolare, assistenza meccanica). In queste ultime trovano ubicazione le terapie intensive per il trattamento dello scompenso cardiaco refrattario candidato a trapianto cardiaco o ad assistenza meccanica.

L'Unità Scompenso di III livello, configurata come Unità Operativa all'interno dell'UOC di Cardiologia Universitaria, sarà costituita da una sezione ambulatoriale ed una degenza con posti letto in regime di Day-Hospital con la possibilità di posti letto dedicati in regime di ricovero ordinario.

Attività e funzioni

Oltre a svolgere le attività e le funzioni della Unità di II livello, l'Unità di III livello si occuperà della selezione e follow-up dei pazienti candidati al trapianto cardiaco e della gestione post-trapianto dei pazienti.

Requisiti strutturali:

- almeno 2 ambulatori cardiologici con la possibilità di eseguire, negli stessi ambulatori o nella UO di appartenenza, tutte le valutazioni diagnostiche non-invasive (ECG, Ecocardiogramma color Doppler, eco-color Doppler vascolare, Ecg dinamico delle 24 ore- Holter ed ergometria, Ergospirometria) e percorsi di riabilitazione cardiovascolare.

Dotazione del personale:

- almeno 2 medici cardiologi dedicati ed eventuali collaboratori ed almeno 3 infermieri.

5. INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI DI GESTIONE TERRITORIALE

Una corretta gestione del malato cronico con SC richiede una sinergia d'azione di tutte le figure coinvolte (Referenti di Distretto, MMG, Specialisti Territoriali) con una relazione stretta fra la rete territoriale e le strutture ospedaliere.

Viene definito il ruolo fondamentale del Distretto Sanitario presso il quale sono comunemente svolte attività d'informazione per il paziente, pianificazione ed erogazione dell'assistenza domiciliare, riconoscimento dello status d'invalidità civile e/o di esenzione per patologia. In generale il Distretto deve diventare la sede strategica per l'integrazione delle cure tra medicina generale, specialisti e personale infermieristico per la prevenzione del ricovero ospedaliero del paziente cronico.

Il referente del Distretto deve partecipare attivamente alla rete gestionale con particolare riguardo ai pazienti che richiedono un maggiore grado di assistenza come gli anziani fragili con comorbilità.

6. INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI DI GESTIONE DOMICILIARE

Nell'ambito delle Cure Domiciliari (Assistenza Domiciliare Programmata o ADP, Assistenza Domiciliare Integrata o ADI, Ospedalizzazione Domiciliare), l'ADI è una forma di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e socio-assistenziale, particolarmente indicata per i pazienti con SC cronico.

La richiesta di Cure Domiciliari deve essere inoltrata all'Unità di Valutazione Multidisciplinare distrettuale (UVM) dal MMG, dai familiari, dalla Unità Scompenso di riferimento o, in caso di paziente ricoverato in ospedale, dal reparto ospedaliero per la presa in carico

al momento della dimissione (dimissione protetta).

La UVM utilizza lo strumento della Valutazione Multidimensionale per definire il percorso diagnostico-terapeutico più adeguato.

Andranno promosse, infine, esperienze volte all'utilizzo dei nuovi sistemi di teleconsulto e telemonitoraggio del paziente con scompenso cardiaco al fine di assicurarne un controllo clinico al domicilio con minore frequenza di ricorso alle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere.

7. INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI DI ASSISTENZA IN RSA ED HOSPICE

Il ricorso alla Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) va riservata al paziente non autosufficiente (per disabilità fisica o deficit cognitivo), non assistibile a domicilio (presenza di problemi socio-familiari ed ambientali) ed ad elevata necessità di tutela sanitaria. Obiettivo dell'assistenza in RSA sarà l'ottimizzazione della terapia farmacologica (es. Titolazione del beta-bloccante), la gestione delle comorbidità e il recupero funzionale, soprattutto nel paziente in labile compenso emodinamico o con scompenso refrattario.

Il ricorso all'Hospice va riservato ai pazienti con scompenso cardiaco severo, refrattario alla terapia, qualora non suscettibili di recupero e non candidabili al trapianto cardiaco, al fine di eseguire le cure palliative.

INDICAZIONI OPERATIVE

Il documento prevede tre fasi attuative, temporalmente conseguenti tra loro, la prima di tipo organizzativo la seconda di sperimentazione, la terza assistenziale.

1. Fase Organizzativa

- costituzione del Comitato Tecnico Regionale e dei Comitati Tecnici Aziendali;
- individuazione ed attivazione delle strutture dislocate nel territorio dedicate alla cura dello SC;
- consolidamento, presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari del Centro di riferimento regionale Cardiologico e cardiocirurgico, del centro di alta specializzazione per il trapianto cardiaco e le procedure di assistenza ventricolare;
- attivazione da parte del Comitato Tecnico Regionale, di concerto con il Comitato Regionale per l'attuazione della Consensus, di specifici corsi di formazione per il personale infermieristico;

- attivazione da parte del Comitato Tecnico Regionale, di concerto con il Comitato Regionale per l'attuazione della Consensus, di specifici corsi di formazione per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale e Specialisti operanti sul Territorio, sugli aspetti della prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente con SC.

2. Fase di sperimentazione del modello gestionale

Nel periodo che intercorre tra l'approvazione del presente documento, con atto formale da parte della Regione e la data entro la quale si suppone che vadano a regime tutte le strutture previste sul territorio regionale, si ritiene opportuno avviare una fase sperimentale, sotto il Coordinamento del Comitato Tecnico Regionale, nella quale coinvolgere le strutture che, su segnalazione dei rispettivi Direttori Generali, sono già in grado di erogare prestazioni secondo il modello qui definito.

3. Fase assistenziale

Entro un periodo massimo di 12 mesi dall'approvazione i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Regione garantiscono:

- la piena operatività e attività dei Comitati Tecnici Aziendali;
- la completa funzionalità degli ambulatori dedicati per lo S.C. e delle Unità scompenso cardiaco;
- l'assistenza extraospedaliera residenziale e domiciliare ai pazienti con SC.

L'attuazione del Progetto è sottoposta a monitoraggio, controlli e verifiche. In particolare sono previsti:

1. coordinamento e sorveglianza sulla piena attuazione dei programmi;
2. individuazione di eventuali e specifiche criticità che ne impediscono la piena realizzazione, e, di conseguenza, individuazione congiunta di specifiche azioni correttive;
3. effettuazione di verifiche e valutazione sulle criticità individuate, sulle azioni avviate e sui risultati raggiunti.

BIBLIOGRAFIA

1. Consensus Conference. Il percorso assistenziale dei pazienti con scompenso cardiaco. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2006. Volume 7 – Numero 6.
2. Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2009. Volume 10 – Numero 6 – Suppl. 3.

La rete ospedaliera dello scompenso cardiaco cronico

The hospital network of chronic heart failure

Maria Cuonzo, Francesco Troso, Nicola Lamanna, Debora Rizzo, Pasquale Caldarola

U.O.C Cardiologia - UTIC Ospedale "M. Sarcone" Terlizzi, Bari

Correspondence to:

Maria Cuonzo
mariacuonzo@libero.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
 IJPC 2009; 1, 3: 160-162

RIASSUNTO

Lo scompenso cardiaco costituisce una delle principali cause di morbilità e mortalità nei paesi occidentali e costituisce l'1-2% del budget sanitario in Italia. Emerge pertanto la necessità di elaborare un modello organizzativo appropriato per il trattamento di questa patologia. Il sistema delle Reti Integrate dei Servizi, che crea collegamenti tra le varie unità produttive, sembra rispondere adeguatamente a tale necessità. Sono previsti 3 livelli di struttura di riferimento: struttura di I livello che si identifica con l' Ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco, allocato in Ospedali, struttura di II livello che si identifica con Ospedali con attività di degenza, di diagnostica e di terapia di particolare complessità, struttura di III livello che si identifica con U.O. di Cardiologia ad elevato grado di specializzazione. Tali strutture si integrano con le realtà territoriali costituite dai MMG, specialisti cardiologi extraospedalieri, assistenza domiciliare integrata (ADI), residenze sanitarie assistite (RSA) ed hospice. Dall'integrazione offerta da tali strutture viene garantita una assistenza al paziente con scompenso ad ogni livello di gravità.

Parole chiave:

scompenso cardiaco; rete ospedaliera

SUMMARY

Heart failure is one of the main causes of morbidity and mortality in Western countries and represents 1-2% of the health budget in Italy. It thus emerges the necessity to elaborate an appropriate organizational model for treatment of this pathology. The system of Services Integrated Networks, which connects the different productive units, seems to respond adequately to this necessity. Three levels are provided in the reference structure: I level structure, corresponding to the Clinic dedicated to Heart Failure, placed in Hospitals; II level Structure, corresponding to hospitals with activities of hospitalization, diagnostics and high level therapy; III level structure, corresponding to Cardiology Units, with a high degree of specialization. Such structures are integrated within the local facilities, composed of general practitioners (GP), non-hospital cardiology specialists, Integrated Home Care (IHC), Assisted Sanitary Residences (ASR) and hospices. The integration offered by these structures guarantees assistance to patients affected by heart failure at any level of gravity.

Key words:

heart failure; hospital network

INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco costituisce una delle principali cause di morbilità e mortalità nei paesi occidentali.

Dallo Studio SHAPE, la più vasta indagine sullo scompenso cardiaco in Europa e in Italia, emerge che lo scompenso cardiaco colpisce oltre 14 milioni di europei e che ogni anno in Europa sono diagnosticati oltre 3,6 milioni di nuovi casi.¹ In Italia si contano circa 100-150mila nuovi ricoveri l'anno per scompenso cardiaco.²⁻³

Lo scompenso costituisce l'1-2% del budget sanitario in Italia. Il 60-75% del totale delle spese è correlata alla cura degli episodi di scompenso per visite mediche, ricoveri, diagnostica strumentale, la

restante parte all'uso di farmaci, cure non mediche.⁴⁻⁵ L'analisi dei ricoveri ospedalieri 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.⁶

In Puglia dal 2001 al 2006 i ricoveri con DRG 127 sono aumentati del 15,26% con un incremento della degenza media, probabilmente in relazione con il progressivo incremento dell'aspettativa di vita nella regione (fig 1).

Questi dati spiegano la necessità di elaborare ed attivare modelli organizzativi appropriati per il trattamento di questa patologia.

Sistema di reti integrate

Il sistema delle Reti Integrate dei Servizi appare un modello organizzativo adeguato per rispondere a questa necessità.

Tale sistema deriva da un processo di programmazione dei servizi sanitari basato sull'organizzazione di relazioni e collegamenti tra le varie unità produttive e si realizza attraverso il sistema Hub & Spoke:

- Hub: Centri di riferimento con attività di elevato grado di complessità;
- Spoke: Centri collegati con attività di selezione dei pazienti, di invio ai Centri di riferimento e di "ripresa in carico".

In questo modo le Reti compongono due esigenze tra loro apparentemente contrastanti:

- la necessità di concentrazione dei servizi per garantire la qualità tecnica;
- la necessità di diffusione dei servizi per facilitarne l'accesso.

Consentono il raggiungimento di questo risultato perché spostano l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso del paziente che può essere seguito, seppure in servizi diversi, in modo unitario e si basano sull'attivazione di percorsi assistenziali centrati sull'individuo e non sulla malattia.

Attraverso i percorsi assistenziali vengono garantite la continuità assistenziale e l'integrazione Territorio-Ospedale.

La rete delle strutture ospedaliere

L'attuazione del modello Hub e Spoke richiede l'identificazione delle varie strutture coinvolte.

Sono previsti 3 livelli di struttura allocate nelle realtà ospedaliere.

STRUTTURA I LIVELLO

Si identifica con l'Ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco.

Allocato in Ospedali, pubblici o privati accreditati, nell'ambito di strutture ospedaliere cardiologiche e/o internistiche e/o geriatriche non caratterizzate da prestazioni di alta specializzazione o nei poliambulatori territoriali

Organizzazione:

- coordinamento affidato ad un dirigente medico, preferibilmente uno specialista in cardiologia con documentata esperienza nella diagnosi e cura dello Scompenso Cardiaco;
- presenza di personale infermieristico dedicato ed adeguatamente formato;

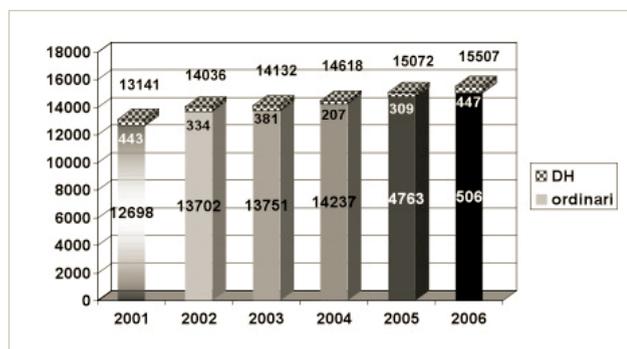


Figura 1. Ricoveri in Puglia dal 2001 al 2006 con DRG 127

- dotazione di tecnologia sanitaria necessaria a garantire lo svolgimento delle attività;
- possibilità di attivare funzioni di Day Service.

Attività:

- raccordo operativo con i MMG del Distretto Socio-Sanitario di riferimento;
- possibilità di diagnostica cardiologica non invasiva completa (visita, ECG, ecocardiogramma, stress test);
- attività coordinata con un laboratorio di riferimento al fine di un corretto monitoraggio dei parametri bioumorali;
- approccio multidisciplinare al paziente con la possibilità di usufruire di consulenza plurispecialistiche;
- avvio, quando necessario, dei pazienti alle strutture di II livello;
- presa in carico dei pazienti dalla struttura di II livello dopo il completamento dell'iter diagnostico terapeutico programmato.
- predisposizione, in assenza di una struttura specialistica di riferimento extraospedaliera, di protocolli operativi condivisi ed un canale preferenziale di accesso del MMG per i casi clinici all'esordio ed i problemi correlati alla prima fase di impostazione diagnostico-terapeutica;
- attivazione, in collaborazione con il personale infermieristico, di un programma di attività educativa e di prevenzione delle instabilizzazioni e della progressione della malattia, anche attraverso la preparazione di materiale didattico/educativo.
- formazione e aggiornamento sullo scompenso cardiaco del personale medico ed infermieristico interni ed esterni alla struttura.
- promozione dell'attività di ricerca.

Nelle strutture in cui non è attivabile l'Ambulatorio dedicato, l'Ambulatorio Cardiologico Generale si struttura per garantire i livelli minimi di continuità assistenziale.

STRUTTURA DI II LIVELLO

Allocata in Ospedali con attività di degenza, di diagnostica e di terapia di elevato livello (UTIC con o senza Emodinamica, Laboratorio di elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca).

Configurazione:

- Unità Operativa all'interno del Dipartimento Cardiovascolare o dell'UOC di Cardiologia dotata di:
- un Ambulatorio dedicato
- posti letto per ricoveri in regime ordinario e in Day Hospital.

Organizzazione:

- la figura professionale centrale è rappresentata dal medico cardiologo, coadiuvato da uno o più infermieri dedicati, direttamente responsabile dei percorsi assistenziali per i soggetti che afferiscono alla struttura; il cardiologo attiva strumenti di collaborazione con i medici del PS/DEA ed altri specialisti medici (internisti, geriatri, nefrologi, etc.) e non medici (psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti).

Attività:

- presa in carico, su richiesta degli operatori degli Ambulatori Dedicati allo Scompenso Cardiaco presenti sul territorio dell'Azienda, dei pazienti a maggior grado di complessità clinica, che necessitano di valutazioni diagnostiche e tratta-

menti terapeutici non disponibili nelle Strutture di I livello.

Funzioni:

- attivazione dei ricoveri in degenza Ordinaria o Day Hospital o dei Day Service, per personalizzare e rendere efficiente il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con scompenso cardiaco, secondo la normativa regionale vigente;
- creazione dei percorsi condivisi fra le diverse unità operative ospedaliere, da quelle del PS/DEA (Medicina d'Urgenza o Medicina e Chirurgia di accettazione e d'Urgenza) a quelle di Medicina e di Cardiologia. In questi protocolli gestionali interni dovrebbero essere esplicitati i criteri di appropriatezza di ricovero in UTIC e di trasferimento nei reparti di degenza ordinaria o di cure intermedie;
- predisposizione, in assenza di una struttura specialistica di riferimento extraospedaliera, di protocolli operativi condivisi ed un canale preferenziale di accesso del MMG per i casi clinici all'esordio ed i problemi correlati alla prima fase di impostazione diagnostico-terapeutica;
- attivazione, in collaborazione con il personale infermieristico, di un programma di attività educativa e di prevenzione delle instabilizzazioni e della progressione della malattia, anche attraverso la preparazione di materiale didattico/educativo.
- formazione e aggiornamento sullo scompenso cardiaco del personale medico ed infermieristico interni ed esterni alla struttura.
- promozione dell'attività di ricerca.

Requisiti strutturali:

- un Ambulatorio cardiologico per la valutazione clinica e strumentale (ECG, Ecocardiogramma color Doppler, eco-color Doppler vascolare, Ecg dinamico delle 24 ore- Holter ed ergometria) e la raccolta computerizzata dei dati (le valutazioni strumentali, qualora l' USC non ne sia dotata potranno essere effettuate negli appositi laboratori della Struttura complessa di Cardiologia; tuttavia non si può prescindere dalla presenza di un Laboratorio di Ecocardiografia e/o di Ergospirometria);
- spazi dedicati e personale specificamente formato, per garantire l'accesso diretto dei pazienti, con percorsi pre-definiti e tempi certi di effettuazione delle prestazioni strumentali richieste.

Dotazione del personale:

- almeno 1 medico cardiologo dedicato ed eventuali collaboratori in numero proporzionale al bacino di utenza ed almeno 2 infermieri per l'esecuzione di esami strumentali e per l'intervento educativo nello scompenso cardiaco.

STRUTTURA DI III LIVELLO

Si identifica, in Puglia, con l' U.O. di Cardiologia Universitaria dell'AO Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, la cui attività assistenziale e di ricerca è in stretta collaborazione con la U.O. di Cardiocirurgia, struttura di riferimento per il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato (trapianto di cuore, chirurgia valvolare, assistenza meccanica). In quest'ultima trova ubicazione la terapia intensiva per il trattamento dello scompenso cardiaco refrattario candidato a trapianto cardiaco o ad

assistenza meccanica.

L'Unità di III livello è tenuta ad assicurare le attività delle Unità di II livello oltre alle proprie specifiche competenze ovvero la selezione ed il follow-up dei pazienti candidati al trapianto cardiaco e la gestione post-trapianto dei pazienti.

I requisiti strutturali sono di 1-2 ambulatori cardiologici per la valutazione clinica e strumentale (ECG, Ecocardiogramma color Doppler, eco-color Doppler vascolare, Ecg dinamico delle 24 ore- Holter ed ergometria, Ergospirometria). Anche l'Unità Scompenso di III livello deve avere spazi dedicati e personale specificamente formato, per garantire l'accesso diretto dei pazienti, con percorsi pre-definiti e tempi certi di effettuazione delle prestazioni strumentali richieste. L'Unità Scompenso di III livello dovrà essere organizzata come Unità Operativa all'interno della UOC di Cardiologia o del Dipartimento Cardiovascolare e sarà costituita anche da una sezione degenziale con posti letto dedicati in regime di ricovero ordinario, oltre che di Day-Hospital.

Per l'Unità scompenso cardiaco di III livello è necessario prevedere nella dotazione del personale almeno 2 cardiologi dedicati ed eventuali collaboratori ed almeno 3 infermieri.

Tali strutture si integrano con le realtà territoriali costituite dai MMG, specialisti cardiologi extraospedalieri, assistenza domiciliare integrata (ADI), residenze sanitarie assistite (RSA) ed hospice. Dall'integrazione offerta da tali strutture viene garantita un' adeguata assistenza al paziente con scompenso cardiaco ad ogni livello di gravità (fig 2).



Figura 2. Integrazione Strutture I-II-III livello e realtà territoriali

BIBLIOGRAFIA

1. Willem J Remme, John JV McMurray, Bernhard Rauch. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. *European Heart Journal* 2005 26(22):2413-2421.
2. Blackledge HM, Tomlinson J, Squire I B et al. Prognosis for patients newly admitted to hospital with heart failure: survival trends in 12 220 index admissions in Leicestershire 1993-2001. *Heart* 2003;89:615-62.
3. Ho KK et al. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects. *Circulation* 1993; 88: 107-15.
4. O'Connell JB. The economic burden of heart failure. *Clin Cardiol* 2000;23(3 Suppl):III6-10.
5. Rich MW. Heart failure disease management: a critical review. *J Cardiac Failure* 1999;5:64-75.
6. Consensus Conference "Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco". *G Ital Cardiol* 2006; 7(6): 387-432.

Il medico di medicina generale

The general practitioner

Vincenzo Contursi^{1,2}

¹ Medicina Generale Azienda Sanitaria Locale, Bari

² AIMEF Associazione Italiana Medici di Famiglia

Correspondence to:
Vincenzo Contursi
enzo.contursi@ijpc.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2009; 1, 3: 163-166

RIASSUNTO

Il Medico di Medicina Generale (MMG) rappresenta il "case manager" della maggioranza dei pazienti con scompenso cardiaco. I suoi compiti sono differenti a seconda della gravità dello scompenso e della stabilità della situazione clinica, e variano da una gestione sostanzialmente autonoma in casi stabili di lieve-media gravità, al ruolo di supporto nei confronti dello specialista in casi gravi ed instabili. Il corretto svolgimento dei compiti affidati al MMG, presuppone la messa in atto di precise strategie gestionali che potremmo riassumere nei seguenti punti: archivi informatizzati, attivazione di registri per patologia, programmazione assistenza per liste di richiamo, coinvolgimento di personale infermieristico, adozione di Indicatori di processo e di esito.

Parole chiave:

scompenso cardiaco; medico di medicina generale

SUMMARY

The general practitioner (GP) is the "case manager" of the majority of patients with Chronic Heart Failure. Its tasks are different depending on the severity of heart failure, and they are different from a substantial autonomy in managing cases of mild to medium clinical severity, to supportive role in collaboration with the specialist in severe and/or unstable cases; this requires the implementation of specific management strategies: computerized medical records, disease registries, reminder lists for programming assistance, involvement of nursing staff, adoption of indicators of process and outcome.

Key words:

chronic heart failure; general practitioner

INTRODUZIONE

I mutamenti sociodemografici e i progressi della medicina hanno profondamente cambiato lo scenario dei bisogni assistenziali, nel nostro come in altri paesi occidentali, spostando l'asse delle cure dalle patologie acute a malattie croniche che, spesso coesistenti fra loro, colpiscono una popolazione sempre più anziana e assorbono una proporzione sempre maggiore della spesa sanitaria.¹

In questo contesto i pazienti si trovano ad affrontare non più singoli episodi di malattia, ma complessi percorsi di cura, dove l'esito è raramente il completo recupero del benessere, ma ben più spesso l'assunzione di strategie psicologiche e operative articolate che consentano di mantenere un'accettabile livello funzionale e di qualità di vita attraverso un ruolo attivo nella gestione della propria malattia.

La cronicità è quindi 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 istituzionale.

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 globale del sistema ai bisogni di questi pazienti non è tuttora ottimale, per le eterogeneità culturali, professionali, organizzative presenti a tutti i livelli e la mancanza di un coordinamento generale, che si riverberano in un'assistenza spesso discontinua e frammentaria.

Emerge quindi la necessità di ridefinire i ruoli e responsabilità

delle diverse figure professionali nell'ambito di una nuova ed efficiente rete assistenziale al paziente cronico. Aspetto rilevante a questo fine è la strutturazione di percorsi formativi specifici per gli operatori sanitari che desiderino maturare competenze nell'ambito dello SC, patologia tipicamente multidisciplinare, che presuppone l'integrazione di aspetti culturali differenziati.²

ORGANIZZAZIONE IN AMBITO TERRITORIALE

I primi attori della assistenza sanitaria a livello territoriale sono la ASL/Distretto, i MMG, e gli specialisti non ospedalieri. Una corretta gestione del malato cronico con SC richiede una sinergia d'azione di tutte le figure coinvolte con una relazione stretta fra territorio e strutture ospedaliere.

La riorganizzazione della assistenza territoriale per lo SC prevede:

1. Implementazione di programmi regionali di riordino della diagnosi e cura dello SC
2. Integrazione funzionale delle professionalità coinvolte
3. Rivalutazione del ruolo infermieristico specializzato
4. Ambulatorio SC con funzioni specifiche dedicate, a livello territoriale nei Distretti, con compito di assistenza ambulatoriale e domiciliare nell'ambito dell'ADI e nelle strutture delle forme associative di cure primarie.

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il Medico di Medicina Generale (MMG) rappresenta il "case manager" della maggioranza dei pazienti con SC. I suoi compiti sono differenti a seconda della gravità dello scompenso e della stabilità della situazione clinica, e variano da una gestione sostanzialmente autonoma in casi stabili di lieve-media gravità, al ruolo di supporto nei confronti dello specialista in casi gravi ed instabili.

Sebbene le competenze possano variare da medico a medico, è auspicabile mirare ad un livello di competenza minimo nella gestione del paziente con SC, documentabile con indicatori semplici di attività clinica.

Per favorire la comunicazione ospedale/territorio/ASL elemento importante è la disponibilità e l'utilizzo routinario di strumenti informatici adeguati per la gestione del paziente, che consentano la pronta identificazione del problema clinico SC e del percorso attivato per il singolo caso. Il periodico aggiornamento della cartella computerizzata consente un processo di self audit da parte del singolo professionista, utile alla adozione per ogni fase del percorso gestionale di specifici indicatori per un percorso di miglioramento continuo di qualità dell'assistenza nello SC.

I compiti del MMG nell'assistenza al paziente con SC

1. PREVENZIONE

- a) **Primaria:** la prevenzione primaria cardiovascolare è compito precipuo del MMG. Riguarda la identificazione dei pazienti a rischio di disfunzione ventricolare asintomatica e quindi include il riconoscimento, trattamento e follow up dei pazienti a rischio cardiovascolare aumentato (Ipertensione, Diabete Mellito, Sindrome Metabolica, Obesità, ecc.)
- b) **Secondaria:** la prevenzione secondaria viene attuata, a seconda del livello di rischio e di stabilità clinica del

SINTOMI	NOTE
Generali	Sono sintomi comuni in diverse patologie sistemiche (neoplasie, BPCO, diabete scompensato). Negli anziani, le forme atipiche di scompenso possono manifestarsi prevalentemente con questi segni e con scarsità di altri sintomi.
Stanchezza e facile affaticabilità	
Confusione mentale (anziani)	
Disturbi addominali, anoressia	
Dimagrimento	
Respiratori	Alcuni di questi sintomi possono essere presenti nell'asma, nella BPCO, nel reflusso gastroesofageo, ed in numerose patologie polmonari. Il più specifico ed orientativo per lo scompenso è la dispnea parossistica notturna; l'ortopnea è specifica, ma poco sensibile. Nella BPCO in genere è presente escreato mucopurulento.
Tosse secca notturna	
Dispnea	
Ortopnea	
Dispnea parossistica notturna	
Ritenzione idrica	I segni di ritenzione idrica possono essere presenti in malattie non cardiache (Insufficienza renale cronica, cirrosi epatica) e nel cuore polmonare cronico. Gli edemi declivi sono frequenti in caso di flebopatie e di terapie farmacologiche (calcio-antagonisti)
Edemi declivi	
Nicturia	
Oliguria	
Cardiaci	Questi sintomi possono essere dovuti ad angina, infarto miocardico, aritmie, altre cause di dolore toracico non cardiaco
Cardiopalmo	
Dolore anginoso	

Tabella 1. Principali sintomi di scompenso cardiaco

paziente, dal MMG o congiuntamente dal MMG e dallo specialista. Riguarda la identificazione dei pazienti con malattia cardiovascolare già manifesta, cui applicare le strategie di gestione dell'alto rischio CV globale per prevenire la naturale evoluzione verso lo scompenso.

2. DIAGNOSI

- a) **Diagnosi clinica precoce.** L'impostazione diagnostica nel sospetto clinico di SC è compito del MMG, che è il primo referente e consulente del paziente in caso di comparsa di sintomi che inducano al sospetto di SC (Tab. 1), a meno di segni obiettivi di instabilità clinica che richiedano interventi in tempi brevi (Tab. 2) e/o ricovero.
- b) **Identificazione precoce di forme familiari.** La conoscenza della storia e della composizione familiare tipica del setting della medicina generale rende possibile l'invio a screening delle forma di cardiopatia con possibile componente ereditaria.

3. TERAPIA

- a) L'impostazione iniziale del trattamento farmacologico e non farmacologico, è di competenza del MMG, generalmente condivisa e discussa con lo specialista.
- b) Nel follow up del paziente con SC è di competenza del MMG attuare i provvedimenti terapeutici per la prevenzione delle instabilizzazioni e/o il trattamento di primo livello (es. aumento del diuretico, ottimizzazione della terapia antipertensiva, ecc.) dell'esordio delle instabilità del quadro clinico.

4. GESTIONE DEL FOLLOW-UP

Il follow-up del paziente stabile andrebbe svolto dal MMG

	SEGNI OBIETTIVI	NOTE
Aspetto generale	Dispnea a riposo, ortopnea, cianosi, cachessia, pallore, segni di altre patologie	Nessun sintomo e presente obbligatoriamente
Pressione Arteriosa	Può essere normale, bassa od alta	Valore prognostico negativo se < 100 mmHg senza assunzione di farmaci ipotensivi
Frequenza Cardiaca	Può essere presente tachicardia compensatoria per mantenere una adeguata gittata cardiaca	La riduzione della frequenza, in assenza di beta- bloccanti è indicativa di risposta al trattamento
Distensione venosa giugulare	Il limite più alto dell'impulso venoso giugulare interno si trova 4-5 cm più in alto dell'angolo sternale	Segno di > pressione AV destra, specifico (90%) ma poco sensibile (30%).
Itto cardiaco	Si sposta in bassi ed a sinistra in casi di cardiomegalia	Lo spostamento dell'itto ha una specificità del 96% per la diagnosi di ingrandimento cardiaco
Terzo e quarto tono; soffi	Reperti indicativi di disfunzione ventricolare sinistra	Il terzo tono ha elevata specificità, ma può essere presente anche nel cuore sano. Il quarto tono è più indicativo di disfunzione diastolica.
Rumori polmonari	Rantoli basali da stasi, sibili da broncostruzione, versamento pleurico.	Di difficile interpretazione in presenza di malattie respiratorie.
Fegato da stasi	Epatomegalia talvolta dolente	Presente in caso di Scompenso Destro
Reflusso epato-giugulare	Una moderata pressione sull'ipocondrio destro innalza di almeno 3 cm il livello di riempimento delle vene del collo	Se sono necessari più di 30 secondi di compressione l'affidabilità della manovra è discutibile
Ritenzione idrica	Edemi declivi, pretibiali (dermatite da stasi), pre- sacrale. Valutare la presenza di ascite	L'edema è tardivo, poco specifico

Tabella 2. Principali segni obiettivi di scompenso cardiaco

con controlli periodici programmati, secondo un timing in funzione della gravità del quadro clinico del paziente. Nelle classi funzionali più avanzate il follow-up del paziente stabile dovrebbe essere condiviso tra MMG e specialista, mentre nei pazienti in classe NYHA IV il MMG svolge normalmente un ruolo di supporto allo specialista.

Obiettivo fondamentale del follow-up è:

- la prevenzione delle instabilizzazioni, attraverso il monitoraggio di semplici indicatori clinici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, diuresi, peso corporeo, edemi, ecc.)
- Trattamento precoce della fase di esordio delle instabilizzazioni (aumento di peso, riduzione della diuresi, riduzione della tolleranza allo sforzo, aumento della dispnea, aumento degli edemi, ecc.), lì dove non si configurano urgenza in relazione alla gravità del quadro clinico di base.

Nella definizione e gestione delle comorbilità, il MMG dovrebbe attivare e coordinare la consulenza di vari specialisti e l'esecuzione di esami diagnostici specifici.

5. ASSISTENZA DOMICILIARE

Per pazienti con impossibilità a deambulare, non autosufficienti, affetti da gravi patologie che necessitino di controlli

ravvicinati, fra cui lo SC avanzato, il MMG è il responsabile dell'assistenza domiciliare, che può essere svolta da solo o con personale non medico, nell'ambito delle forme attualmente previste.

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): consente di assicurare al domicilio del paziente la presenza periodica (settimanale, quindicinale o mensile) del solo MMG, per un monitoraggio dei parametri clinici e terapeutici del paziente.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): quando si rende necessario l'intervento di altre figure professionali il MMG può richiedere la attivazione dell'assistenza domiciliare integrata, nel corso della quale il Distretto Socio Sanitario garantisce l'intervento di figure professionali mediche e infermieristiche, coordinate dal MMG in funzione del programma assistenziale concordato.

6. EDUCAZIONE E INFORMAZIONE DEL PAZIENTE E DEI CARE GIVERS

Nei casi in cui non sia indicata una ospedalizzazione o l'invio ad un Ambulatorio SC, il MMG provvede a fornire educazione/informazione al paziente e ai care-givers personalmente o tramite personale infermieristico dipendente (se disponibile), avvalendosi anche di apposito materiale scritto.

In caso di ospedalizzazione/ricorso all'Ambulatorio SC, l'attività educativa/formativa andrà coordinata tra struttura dedicata e territorio.

Aspetti organizzativi della medicina generale nell'assistenza del paziente con SC

Il corretto svolgimento dei compiti su elencati, presuppone la messa in atto di precise strategie gestionali da parte del MMG, che potremmo riassumere nei seguenti punti:

- Archivi informatizzati;
- Attivazione di registri per patologia;
- Programmazione assistenza per liste di richiamo;
- Coinvolgimento di personale infermieristico;
- Indicatori di processo e di esito.

Raccomandazione di questa Consensus Conference² è infatti l'adozione, per ogni fase del percorso gestionale, di specifici indicatori condivisi a livello intraospedaliero e territoriale, che rappresentino la base per processi di self audit e per un percorso di miglioramento continuo di qualità dell'assistenza nello SC. Nel programma di periodico aggiornamento della cartella clinica informatizzata del paziente con SC, il MMG può avvalersi dei seguenti indicatori di qualità:

Indicatori di processo

- Valutazione della funzione sistolica La documentazione clinica dei pazienti affetti da SC dovrebbe contenere dati relativi alla valutazione della funzione ventricolare sinistra (Frazione di Eiezione), dato che tale misurazione ha implicazioni sia di tipo diagnostico che terapeutico (target $\geq 75\%$).
- Uso degli ACE-inibitori o antagonisti recettoriali dell'angiotensina I pazienti con SC con disfunzione ventricolare si-

nistra e che non presentino controindicazioni dovrebbero essere trattati con ACE-inibitori o antagonisti recettoriali dell'angiotensina (target $\geq 85\%$).

3. Uso dei beta-bloccanti I pazienti con SC con disfunzione ventricolare sinistra e che non presentino controindicazioni dovrebbero essere trattati con beta-bloccanti (target $\geq 50\%$).
4. Uso della terapia anticoagulante per la fibrillazione atriale I pazienti con SC e fibrillazione atriale che non presentino controindicazioni dovrebbero essere trattati con anticoagulanti orali (target $\geq 85\%$).
5. Educazione del paziente I pazienti con SC dovrebbero ricevere materiale informativo scritto sul livello di attività fisica consigliato, la dieta, la terapia farmacologica, la misurazione del peso, il comportamento da tenere in caso di deterioramento dei sintomi, e un appuntamento di follow-up (target $\geq 90\%$).
6. Valutazione multidimensionale di I livello in pazienti anziani I pazienti anziani con SC dovrebbero essere sottoposti ad una VMD di I livello per accertarne stato fisico, capacità cognitive, benessere psichico e livello di autosufficienza, in modo da poter definire il piano di cura più adatto ai loro bisogni assistenziali (target $> 50\%$).

Indicatori di esito

1. Ricoveri ripetuti;
2. Mortalità.

Interessante infine, richiamare l'attenzione sull'Ambulatorio Dedicato in Medicina Generale per il Rischio Cardiovascolare, previsto e incentivato dai recenti Accordi Collettivi Nazionali e Regionali,³⁻⁴ che si qualifica come componente operativa delle forme associative della Assistenza Primaria, delle quali condivide la struttura, l'organizzazione e le finalità, nello specifico indirizzate alla valutazione del rischio cardiovascolare, stratificazione prognostica, definizione e gestione integrata delle complicanze cardiovascolari, e che trova quindi naturale collocazione in un programma di riorganizzazione territoriale dell'assistenza al paziente con SC.

Il modello è caratterizzato da tre elementi :

- è un ambulatorio dedicato;
- è una modalità organizzativa;
- ha una connotazione cardio-metabolica.

La prima caratteristica intende coniugare i vantaggi dell'assistenza ambulatoriale "generale" con quelli della particolare competenza/interesse che deriva da una attività centrata su una specifica patologia (GPwSI: General Practitioner with Special Interest), conservando comunque un approccio globale "biopsicosociale" ai percorsi diagnostici e terapeutici transitati dai pazienti.

La seconda caratteristica precisa che l'Ambulatorio Dedicato viene concepito non come centro autonomo ma come una modalità operativa nel contesto organizzativo generale dell'ambulatorio di Medicina Generale, in stretta connessione con tutte le altre componenti; come tale si può attivare senza alcuna necessità di modifiche strutturali e di interventi istituzionali, ma con il solo atto decisionale del team delle Cure Primarie (MMG, infermiere, collaboratore di studio, nutrizionista).

La terza caratteristica indica che l'attività dell'Ambulatorio Dedicato è indirizzata a tutti i pazienti ad alto rischio cardiovascolare, caratterizzati dalla coesistenza di più fattori di rischio e/o di malattia pre-clinica, documentata dalla presenza di danno d'organo precoce.

BIBLIOGRAFIA

1. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal* (2008) 29, 2388-2442.
2. Consensus Conference "Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco". *Giornale Ital Cardiol* 2006; 7 (6): 387-432.
3. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale quadriennio normativo 2006-2009, biennio economico 2006-2007". *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale* n.208 suppl. 167 dell'08.09.2009.
4. Convenzione Regionale Pugliese per la Medicina Generale 8 ottobre 2007. *BURP* n.10 del 18.01.2008.

Lo specialista ambulatoriale

The outpatient specialist

Ettore Antoncecchi

Cardiologo Ambulatoriale Interno A.S.L. Bari

Correspondence to:

Ettore Antoncecchi
ea.cecchi@libero.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IIPC 2009; 1, 3: 167-169

RIASSUNTO

L'aumento del numero dei pazienti con insufficienza cardiaca e la riduzione delle risorse impone una razionalizzazione dell'assistenza che deve mirare a ridurre la spesa ospedaliera e gli esami inutili e ridondanti, minimizzando in tal modo i disagi dei pazienti e migliorandone la prognosi. In tale contesto l'assistenza territoriale deve essere potenziata creando un sistema in cui obiettivi e strumenti assistenziali siano condivisi con gli operatori ospedalieri. L'assistenza territoriale è incentrata sul Medico di Medicina Generale ma la figura dello Specialista Territoriale svolge un ruolo cruciale nel supportarlo là dove finiscono le sue competenze, nel filtrare l'accesso alle risorse ospedaliere sfruttando al massimo le risorse del territorio e nel costituire un tramite con gli specialisti dell'ambulatorio scempenso dell'ospedale. Il suo ruolo è diverso per ogni classe di paziente assistito e i limiti della sua azione vanno stabiliti di concerto con le altre strutture anche in base alla organizzazione ed infrastrutture di ciascun ambito territoriale.

Parole chiave:

scompenso cardiaco cronico; cure specialistiche ambulatoriali

SUMMARY

The increasing number of patients with heart failure and the reducing of available resources call for a rationalization of health care. New targets are going to be the reduction of hospital expenditure and the elimination of useless and repetitive diagnostic tests with consequent less discomfort and better prognosis for patients. In order to realize these goals is very important to empower health care out of the hospital creating common targets and diagnostic tools between out and in-hospital operators. The General Practitioner (GP) plays the main role in the outpatient care but a critical figure is the Specialist: he supports GP for what is out of his knowledge, he screens patients for the hospitalization making a connection with the hospital outpatient lab, and he tries to optimize out of hospital resources. Specialist's behaviour must be different for every class of patient and the border of his action must be defined together with the other health operators according with existing organization and facilities of every single geographic area.

Key words:

chronic heart failure; outpatient specialist care

In una società nella quale si assiste ad un incremento della vita media della popolazione¹ e di conseguenza ad una crescente prevalenza delle patologie croniche tra cui la Insufficienza Cardiaca Cronica, diventa fondamentale organizzarsi per gestire al meglio queste patologie. Il modello di gestione a cui ci stiamo rivolgendo è quello proposto dalla Consensus sulla Gestione Integrita Ospedale-Territorio dello Scompenso Cardiaco.² I concetti in esso espressi sono stati ripresi nel recente documento sulla Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia.³ Tale documento propone un approccio integrato e multidisciplinare da realizzarsi in cooperazione tra Ospedale e Territorio. Esso mira ad ottimizzare l'assistenza determinando un miglioramento della qualità di vita e

se possibile l'allungamento della stessa, un minore spreco di risorse, una maggiore efficienza e rapidità degli interventi.

Il raggiungimento di tali obiettivi passa attraverso la diagnosi precoce ed il controllo della progressione della malattia, i follow up più puntuali senza esecuzione di esami ridondanti o inutili, un minore e più oculato ricorso al ricovero in ospedale, l'utilizzo di percorsi ben codificati e di canali preferenziali per l'invio di pazienti in modalità ordinaria o urgente. In poche parole una rete preformata in cui ciascuno svolge un ruolo prestabilito che varia in funzione della tipologia e delle esigenze di ciascun paziente secondo schemi che costituiscono Piani Diagnostici e Terapeutici (PDT) largamente conosciuti e condivisi da tutti gli operatori, un

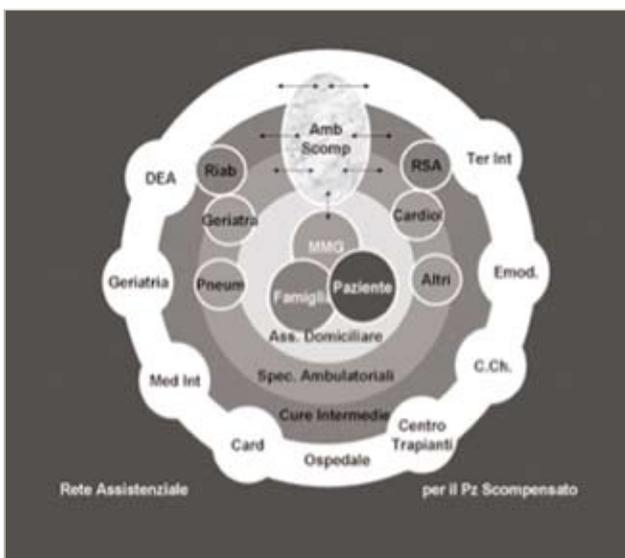


Figura 1. Gli Specialisti Ambulatoriali devono essere il filtro tra la fase ospedaliera (ospedale per acuti e/o cure intermedie) e l'unità centrale costituita dall'assistito col suo Medico di Famiglia. Il rapporto deve essere particolarmente stretto con l'Ambulatorio Scompensato Ospedaliero che si interfaccia con tutti i livelli assistenziali

sistema in cui possibilmente in ogni momento ciascuno possa disporre dell'ausilio di una scheda informativa aggiornata di ogni singolo assistito (Cartelle Cliniche o Data Base condivisi).

In tale contesto il centro del sistema (Fig.1) è costituito dal paziente e dalla sua famiglia che devono essere messi nelle migliori condizioni per affrontare la malattia subendone il meno possibile i disagi ed utilizzando tutte le armi per rallentarne la progressione, e che pertanto attraverso una opportuna formazione devono assumere un ruolo assistenziale attivo. A completare il nucleo principale c'è la figura del Medico di Famiglia, che più di chiunque altro conosce la storia clinica del paziente e si fa carico di coordinare le cure. Allorché i pazienti sono particolarmente gravi o non autosufficienti o presentano problematiche di tipo socio-economico che ne riducono le capacità di accedere ai luoghi di diagnosi e cura è l'Assistenza Infermieristica e Socio-Sanitaria del Distretto attraverso le sue forme (ADP, ADI, ecc.) a farsi carico della gestione ma sempre con la guida del Medico di Famiglia. Questi insieme alla Assistenza Domiciliare deve farsi carico degli aspetti educazionali del paziente e dei familiari, della programmazione e verifica dei follow up e della raccolta dei dati clinici.

Molto spesso tuttavia il Medico di Famiglia può trovarsi di fronte a problematiche specialistiche di difficile soluzione sia nell'ambito Cardiologico che in quello di altre discipline specialistiche. In tal caso il suo primo referente dovrebbe essere lo specialista ambulatoriale. Il Cardiologo Ambulatoriale in particolare è il primo specialista coinvolto nella gestione dello Scompensato insieme al Geriatra nel caso di pazienti anziani.

Il ruolo dello Specialista Ambulatoriale varia a seconda della tipologia di paziente (Fig.2): avviare lo screening strumentale dei pazienti a rischio individuati dal MMG e nel caso di riscontro di alterazioni stabilire un adeguato follow up; nei pazienti asintomatici con note alterazioni strutturali cardiache egli deve svolgere un follow up periodico strumentale tanto più stretto quanto più gravi sono le alterazioni e nei pazienti con prima diagnosi di insufficienza cardiaca

deve valutare l'opportunità di un ricovero per l'accertamento eziologico, dopo avere eventualmente avviato in ambulatorio la prima diagnostica non invasiva; deve anche supervisionare la eventuale terapia che peraltro può essere iniziata dal Medico di Famiglia. Nel caso di pazienti stabili oligosintomatici il follow up clinico di base viene eseguito dal Medico di Famiglia come anche la gestione della terapia e del diuretico, tuttavia il follow up strumentale e le sue scadenze, l'avvio di terapie particolari (titolazione di ACE-Inibitori e Beta Bloccanti o terapie anti-aritmiche) e la valutazione di situazioni particolarmente complesse spettano allo specialista che aiuta il collega di MG nelle fasi precoci delle instabilizzazioni al fine di evitare se possibile un ricovero o di individuare quando questo sia indispensabile. I pazienti con scompenso de novo sono generalmente inviati al Dipartimento di Emergenza Ospedaliero tuttavia se lo scompenso non insorge con caratteri di estrema ingravescenza lo Specialista può avviare i primi provvedimenti terapeutici ed esami diagnostici. Nei pazienti cronici con frequenti instabilizzazioni lo specialista può filtrare i pazienti da inviare a ricovero o in valutazione o a cure in day hospital presso gli ambulatori ospedalieri avviando con essi una cooperazione sia in fase di invio che in quella della presa in carico sul territorio: collaborazione che deve essere particolarmente stretta nel caso di pazienti con scompenso di grado avanzato nelle fasi sia pur brevi di ritorno a domicilio. Infine il cardiologo territoriale entra anche nella gestione del Paziente anziano con comorbilità: lo specialista principale di riferimento di tale classe di pazienti è solitamente il Geriatra e tutti gli anziani dovrebbero essere sottoposti al controllo della Unità di Valutazione Geriatria (UVG) perché sia effettuata una valutazione multidimensionale in grado di definire al meglio il profilo complessivo del paziente e la tipologia di interventi necessari. Tale valutazione può essere eseguita in ambito ospedaliero e in tal caso il paziente alla dimissione ha già un percorso di cure ben stabilito. In linea di massima si possono distinguere due tipologie di pazienti anziani: quelli autosufficienti e deambulanti che possono essere valutati dal cardiologo nell'ambulatorio territoriale similmente ai pazienti più giovani e quelli fragili non deambulanti per i quali all'occorrenza

Classe di pazienti	Sottoclassi	Compiti dello specialista
Pz a rischio con disfunzione cardiaca asintomatica	Pz a rischio	Screening strumentale e se necessario follow-up
	Pz con disfunzione cardiaca asintomatica lieve	Screening strumentale e follow-up a tutti
	Pz con disfunzione cardiaca asintomatica medio-grave	Stretto follow-up e supporto per terapia e diagnosi precoce di instabilizzazione
Pz stabile oligosintomatico		Avvia i primi esami per la diagnosi eziologica e la prognosi. Titolazione di farmaci (beta bloccanti). Stabilisce gli step del follow-up
Pz di nuova diagnosi o instabile	Scompenso de novo	Il pz è riferito al DEA. Confermare le indicazioni al ricovero
	Instabilizzazione di scompenso cronico	Supporta il MMG per prevenire o valutare le indicazioni al ricovero
Pz anziano fragile e/o con comorbilità	Deambulante	Effettua e programma i controlli clinici e strumentali ambulatoriali periodici nell'ambito di una gestione multidisciplinare
	Non deambulante	Consulenza specialistica domiciliare quando richiesta
Pz con SC avanzato	Solo nelle fasi di stabilità	Supporta il MMG secondo il programma tracciato dall'Ambulatorio Scompensato

Figura 2. Compiti dello Specialista Territoriale (ST) in base alla tipologia di paziente

vengono richieste dal Medico di Famiglia o dal Geriatra consulenze domiciliari. In entrambi i casi frequentemente il cardiologo dovrà inserirsi in un contesto di gestione multidisciplinare trattandosi di pazienti con numerose comorbidità.

Nella realtà le risorse strutturali e umane dei diversi distretti socio-sanitari differiscono molto tra loro: nella maggiore o minore distanza dall'Ospedale, nel livello di specializzazione e di risorse di quest'ultimo, nella presenza o meno di un Ambulatorio dello Scopenso, che a sua volta può essere dotato di variabili risorse di Personale e Strumentazioni, nella presenza o meno di un Ambulatorio Cardiologico Territoriale e del numero di ore e del tipo di strumentazione diagnostica disponibile, nel differente background culturale e quindi di confidenza verso le tematiche cardiologiche di ciascun Medico di Famiglia, nella presenza o meno di strutture riabilitative e di lungo-degenza e infine nel grado di organizzazione dei servizi infermieristici e di assistenza domiciliare. Risulta di estrema importanza che in ogni distretto in base a competenze e a dotazioni strumentali venga stabilito "chi fa cosa e quando", possibilmente in accordo con gli ambulatori ospedalieri referenti: lo scopo dovrebbe essere quello di demandare il più possibile verso la base cioè al Medico di Medicina Generale favorendo gli interventi dello specialista verso casi più complessi e quindi limitando a sua volta il ricorso all'ospedale, ovviamente nel rispetto delle competenze di ciascuno e delle reali esigenze dell'assistito. Nell'ambito distrettuale potrebbero svilupparsi competenze dedicate alla patologia sia di specialisti cardiologi o geriatri che di personale infermieristico addestrato, con la realizzazione di assistenza specifica ambulatoriale, domiciliare e/o telefonica.

Un ruolo estremamente importante per lo specialista territoriale è quello della ottimizzazione della terapia. Uno degli elementi chiave per rallentare la progressione dello scompenso e ridurre gli eventi e le ospedalizzazioni è il raggiungimento e mantenimento dei target (controllo dei fattori di rischio) e l'applicazione del controllo terapeutico in base alle linee guida.^{4,5} La letteratura internazionale evidenzia come l'aderenza alla terapia sia largamente disattesa e come la prognosi sia migliore nei pazienti che la osservano.⁶ Questo può accadere per vari motivi: a) l'ospedale dimette il paziente con dosi di farmaci inizialmente basse che dovrebbero poi essere incrementate sotto controllo specialistico (ACE-inibitori, Beta-bloccanti) ma che nella realtà non vengono più modificate; b) i pazienti riducono o sospendono la terapia per presunti effetti collaterali o perché ritengono che essa si debba concludere dopo un limite di tempo; c) a volte il paziente viene dimesso con terapia non consona alle linee guida; d) variazioni terapeutiche indotte inconsapevolmente dal medico di famiglia; e) pazienti non complianti per ridotte capacità epicritiche e non adeguata assistenza familiare. In tal senso gli Specialisti Territoriali, che devono essi stessi essere ben formati e sensibilizzati alla applicazione delle Linee Guida e alla ottimizzazione terapeutica, si trovano in un osservatorio privilegiato per poter cogliere e

correggere gli errori e le omissioni nella gestione terapeutica o le incomprensioni che si ingenerano nel passaggio dall'ospedale al territorio favorendo la comunicazione con tutti gli altri referenti (pazienti e famiglie, medici generalisti e specialisti ospedalieri). Bisogna anche sottolineare la necessità di istituire dei controlli territoriali per l'applicazione di corretti protocolli terapeutici valutando parametri che possano fungere anche da indicatori della migliorata assistenza (consumo dei beta-bloccanti e degli inibitori del SRAA in relazione al numero di pazienti affetti).

In buona sostanza non è più tempo di sprecare risorse. Lo specialista ambulatoriale può e deve svolgere un ruolo proprio, ben definito da linee guida comuni, differente da quello svolto dallo specialista nell'ambulatorio ospedaliero, con cui peraltro deve stabilire un rapporto di stretta collaborazione. Dall'altro lato egli non deve sovrapporsi al lavoro del Medico di Famiglia che va supportato con un contatto frequente e possibilmente con canali preferenziali di accesso per i casi più urgenti. Il lavoro dello specialista deve mirare a dare risposte assistenziali soddisfacenti che mirano a migliorare la qualità di vita dei pazienti e a limitare il consumo di risorse dell'ospedale. Bisogna sottolineare come il raggiungimento di questo obiettivo non dipende soltanto dalla sua volontà o capacità ma dal grado di informazione e sensibilizzazione della dirigenza dei distretti, che comprendendo l'importanza di questo ruolo, dovrebbe operare il massimo sforzo organizzativo in termini di infrastrutture ed adoperarsi come catalizzatore e propulsore nella realizzazione di una corretta interazione tra i diversi professionisti del territorio e tra questi e i medici ospedalieri.

BIBLIOGRAFIA

1. David T. Kelly. 1996 Paul Dudley White International Lecture Our Future Society: A Global Challenge *Circulation* 1997;95:2459-2464
2. Consensus Conference Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7 (6): 387-432
3. Struttura e organizzazione funzionale della cardiologia. *G Ital Cardiol* 2009; Vol. 10 Suppl 3 al n. 6
4. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1116-43.
5. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, et al, for the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 2005; 26: 1115-40.
6. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Ramon Gonzalez-Juanatey J, van Veldhuisen DJ, Erdmann, E, Tavazzi L, Poole-Wilson P, Le Pen C Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J* 2005; 26: 1653 - 1659.

ADI, RSA, hospice

Integrated home care, residential care, hospice

Antonio Greco¹, Serafino Curci¹, Vito D'Alessandro¹, Angela De Mattahaeis¹, Mariangela Pia Dagostino¹, Luigi Piero D'Ambrosio² e Gianluigi Vendemiale^{1,3}

¹ UOC di Medicina Interna IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo, Foggia

² Unità Operativa di Geriatria IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo, Foggia

³ Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Foggia

Correspondence to:

Antonio Greco
antoniogreco4@yahoo.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IIPC 2009; 1, 3: 170-172

RIASSUNTO

Lo scompenso cardiaco rappresenta una patologia a crescente incidenza e prevalenza in relazione al miglioramento delle cure delle patologie acute del sistema cardiovascolare e del progressivo incremento nella popolazione degli anziani. A tale proposito, in relazione anche alla necessità di razionalizzare le risorse economiche ed assistenziali disponibili per il trattamento dell'insufficienza cardiaca, è necessario definire un percorso che definisca il ruolo di ciascun setting assistenziale all'interno della rete dei servizi (ospedale per acuti, RSA, territorio, hospice). Il presente lavoro compie una disamina di quanto la Consensus Conference nazionale suggerisce per lo Scompenso Cardiaco evidenziando pro e contro e descrivendo gli strumenti principali di assessment funzionale di questi pazienti.

Parole chiave:

scompenso cardiaco cronico; cure domiciliari

SUMMARY

Heart failure shows an increasing burden because of the improving care of acute cardiovascular diseases and the increasing of the elderly population. High care expenditures are needed to cope with the treatment of heart failure and proper care settings should be promptly identified to build a medical and social network around the patient. This paper summarizes the National Consensus Conference on Heart Failure statements and the available tools to assess and evaluate the patient that should be assigned to acute or chronic care.

Key words

chronic heart failure; home care

INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco (SC) è una sindrome clinica ad elevata prevalenza che limita la durata della vita e che produce un notevole impatto sulla sua qualità. I dati epidemiologici mostrano un crescente aumento dell'incidenza di SC associato all'incremento della sopravvivenza media dei pazienti che ne sono affetti.¹ Se da un lato il trattamento farmacologico condiziona positivamente la sopravvivenza dall'altro fa sì che vi sia un elevato numero di pazienti sintomatici molti dei quali in fase avanzata. Ulteriormente un altro gruppo di pazienti ad alto rischio di consumo di risorse è costituito da anziani affetti da rilevanti comorbidità, disabili, cioè fragili.² La Consensus Conference sullo scompenso identifica per questi soggetti le seguenti criticità:

- L'eterogeneità clinica e la complessità dell'anziano sono legate

non solo al grado di compromissione circolatoria ma anche all'interazione tra processo d'invecchiamento, comorbidità stato funzionale e psico-cognitivo e fattori socio-ambientali.

- L'obiettivo principale della strategia gestionale per l'anziano dovrebbe essere il mantenimento del miglior livello di qualità della vita possibile in rapporto alla condizione di salute psicofisica e di autonomia funzionale.
- L'utilizzo sistematico della valutazione multidimensionale consente di attivare i percorsi più funzionali ai bisogni dell'anziano con SC.
- Definizione di un percorso dell'anziano con SC che preveda un approccio multi disciplinare con protocolli condivisi nelle diverse UO.
- Necessità di ambulatori specialistici impostati su di una gestio-

- ne multidisciplinare di SC per ottenere dimissioni tempestive
- Impostazione del percorso e della gestione clinica del paziente con SC con il supporto di altri specialisti per la valutazione funzionale.

Il percorso del paziente con SC

Il processo d'indirizzo ad un determinato percorso assistenziale è un punto critico che deve considerare che i pazienti anziani con comorbidità rappresentano una popolazione estremamente eterogenea sia sul piano clinico che su quello funzionale. Una considerevole percentuale di questi soggetti presenta un buono stato cognitivo, un ridotto numero di comorbidità ed assenza di problemi socio-ambientali. Questo sottogruppo non è candidabile ad interventi terapeutici diversi da quelli previsti per il giovane adulto e può essere inserito in un modello di cura convenzionale, comprensivo in ogni caso di un programma di mantenimento dell'autosufficienza. La coesistenza nell'anziano di polipatologia, impairment funzionale, deterioramento cognitivo ed alterazione comportamentali gli conferiscono la connotazione di anziano fragile.³ Comorbidità, fragilità e disabilità condizionano l'intensità dell'approccio all'anziano con SC sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Questi pazienti dovrebbero essere orientati ad un piano integrato ospedale - territorio di assistenza continuativa, rivolto all'attenuazione della sintomatologia ed al mantenimento della migliore qualità della vita e d'indipendenza possibile.

Lo strumento ideale per effettuare e confermare questo assessment che è stato ampiamente validato in letteratura è la valutazione multidimensionale (VMD).

La VMD

La valutazione multidimensionale, in termini generali, ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona anziana. Col termine "valutazione", infatti, si intende l'analisi accurata delle capacità funzionali e dei bisogni che la persona anziana presenta a vari livelli:

- livello biologico e clinico (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- livello psicologico (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.);
- livello sociale (condizioni relazionali, di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.);
- livello funzionale (disabilità, ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale ecc.).

Un sistema di valutazione multidimensionale include inoltre un programma di intervento personalizzato. Dopo aver effettuato la valutazione vera e propria, attraverso questo strumento, vengono definiti i provvedimenti che bisogna prendere per migliorare le condizioni di vita della persona interessata.

Si tratta di un programma articolato, in grado di abbracciare vari aspetti: sanitario, assistenziale ma anche sociale, capace di privilegiare uno di questi ambiti a seconda delle esigenze che emergono nella fase valutativa.

Domini della VMD

I molteplici domini della valutazione dimensionale comprendono:

- lo stato funzionale (esplorano le abilità nel self care delle attività basiche e strumentali del vivere quotidiano ADL-IADL);⁴⁻⁵
- lo stato cognitivo (esplora la capacità di orientamento e di concentrazione nonché la possibilità di eseguire azioni complesse Mini Mental State Examination);⁶
- il tono dell'umore (Geriatric Depression Scale);⁷
- La capacità di mantenere l'equilibrio nel compiere movimenti (Scala di Tinetti);
- Lo stato nutrizionale (Mini Nutritional Assessment).⁸

La complessità e l'interazione dei vari domini tra loro rende tuttavia problematica la definizione di un unico score numerico in grado di definire con uno score sintetico la fragilità cioè il grado di rischio di disabilità. Recentemente è stato introdotto e validato in letteratura il Multi Prognostic Index (MPI)⁹ in grado di sintetizzare in un unico score il livello di impairment presente nei vari domini della VMD e di correlarsi in maniera significativa con la mortalità ad un anno. Tale indice è stato validato su una coorte di pazienti affetti da scompenso cardiaco e confrontato con la classe NYHA, lo score Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE) e lo score del Enhanced Feedback for Effective Cardiac Treatment (Effect) rivelandosi nettamente superiore nel predire la mortalità.

Sulla base della VMD potrebbero essere quindi individuati almeno tre tipologie di pazienti e relativi percorsi:

- Pazienti robusti con autonomia conservata in assenza di comorbidità importanti, buono status cognitivo ed assenza di problemi socio-ambientali: possono essere efficacemente inseriti in un modello di cura convenzionale. In base alla gravità della malattia cardiaca e delle comorbidità la sede appropriata d'intervento potrebbe essere ambulatoriale.
- Pazienti con livello d'autonomia e comorbidità, iniziale compromissione cognitiva, e problemi socio ambientali: dovrebbero essere inseriti in un modello integrato ospedale-territorio. La gestione a lungo termine del paziente dovrebbe essere affidata al medico di Medicina Generale affiancata se necessario dall'equipe di assistenza domiciliare.
- Pazienti anziani "fragili" con comorbidità multiple, disabilità o con un quadro di malattia avanzata e scarsa aspettativa di vita; dovrebbero essere orientati verso un piano di assistenza palliativa rivolto all'attenuazione della sintomatologia ed al mantenimento della migliore qualità della vita d'indipendenza possibile, erogato a livello domiciliare (ADI) od in strutture dedicate come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e gli Hospice.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) rappresentano, nella rete dei servizi territoriali, un nodo cruciale in quanto possono costituire una tappa fondamentale per quei pazienti dimessi dall'ospedale per scompenso cardiaco e che presentano nell'immediato un elevato rischio di in stabilizzazione e quindi di riospedalizzazione. Il trasferimento in regime di "dimissione protetta" in RSA dovrebbe essere preso in considerazione per tutti i pazienti sufficientemente stabili dal punto di vista clinico, ma non in grado di rientrare al proprio domicilio (soggetti non autosufficienti, in assenza di un adeguato supporto socio-familiare) e che, per tale motivo, andrebbero incontro ad un inappropriato prolungamento della degenza in ospedale. Tutti i pazienti "a rischio" dovrebbero essere individuati

precocemente prima della dimissione ospedaliera, stabilendo un programma di follow-up tra le diverse opzioni (area post- acuzie, residenzialità, domicilio). Il rafforzamento dell'area residenziale delle "cure intermedie" può favorire inoltre la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri. In RSA l'approccio multidisciplinare al paziente anziano con scompenso cardiaco cronico, finalizzato alla valutazione multidimensionale ed alla presa in carico globale, può garantire una migliore gestione a breve e lungo termine dell'intervento preventivo, curativo e riabilitativo.¹⁰

IL PERCORSO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO TERMINALE

Lo scompenso cardiaco terminale è una condizione caratterizzata da progressivo ed irreversibile deterioramento degli indicatori clinici, strumentali e bioumorali di compenso di circolo nonostante la messa in atto massimale di adeguati provvedimenti terapeutici. Tale condizione viene inserita dalla normativa vigente nell'elenco delle patologie non oncologiche da trattare nell'ambito delle cure palliative.¹¹ In fase applicativa sono strettamente coinvolte le reti sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in considerazione dei diversi setting assistenziali nei quali il malato può essere assistito. Nell'esperienza statunitense il 58% dei pazienti con SC muore in ospedale, il 27% in casa ed il 3% inserito in un programma assistenziale definito "Hospice Program".

Hospice

In Italia il termine Hospice definisce le strutture dedicate ai malati alla fine della vita non assistibili o che non desiderino essere assistiti al proprio domicilio- dati presenti in letteratura emerge che in Italia il numero dei malati non oncologici ricoverati nell'Hospice non supera l'1%. Gli Hospice non hanno specifici criteri di accesso per i pazienti con SC che quindi sono destinati ad affrontare la fase terminale della malattia nuovamente nell'ospedale per acuti.

ADI – Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) è il servizio di assistenza a domicilio per i casi complessi, per i quali cioè è richiesto l'intervento di almeno due professionisti. E' rivolto alle persone non autosufficienti, anziani, non anziani e disabili; comprende l'assistenza infermieristica, l'attività di riabilitazione, ogni altra forma di assistenza medica e l'assistenza di base alla persona, svolta dal personale ausiliario (pulizie, lavare, vestire, ecc.), sulla base del piano personalizzato previsto per l'utente. La tipologia di intervento sociale e/o sanitario si attiva automaticamente solo per alcune patologie. Gli operatori socio sanitari concordano assieme ad un familiare dell'utente il livello di assistenza necessaria per rispondere in modo adeguato al bisogno. Per quel che riguarda lo SC non sono disponibili evidenze consolidate per valutare l'efficacia e la dimensione della realtà ADI per SC in Italia. A differenza dei pazienti neoplastici l'assistenza ai pazienti con SC, soprattutto se in età avanzata, è ancora troppo spesso incoordinata tra i vari setting assistenziali. Il supporto assistenziale nel territorio, tranne alcune situazioni sperimentali, è ancora scarsamente diffuso ed il ricovero in Hospice addirittura

eccezionale. Anche la comunicazione tra il Medico di Medicina Generale e gli specialisti coinvolti nel processo di cura dello SC è ancora insufficiente, i servizi di cure palliative, gli operatori distrettuali sanitari, socio-sanitari e sociali, vengono raramente attivati e segnalati ai malati od alle loro famiglie. Alla luce di tali considerazioni il documento della Consensus Conference Nazionale raccomanda:

- la promozione di specifici progetti d'intervento per i malati con SC in fase terminale nell'ambito delle cure palliative;
- i progetti devono riguardare sia gli interventi domiciliari che quelli in hospice, salvaguardando la continuità assistenziale ed il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari coinvolti;
- realizzazione di specifici progetti formativi per il personale sanitario;
- inserimento ed integrazione delle organizzazioni no profit nella rete dei servizi dedicati ad SC;
- realizzazione di campagne informative rivolte alla popolazione;
- realizzazione di progetti di ricerca nell'ambito delle cure palliative nello SC.

BIBLIOGRAFIA

1. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *JACC* 2005; 46: 1116-1143.
2. Massie BM, Shan N. The heart failure epidemic: magnitude of the problem and potential mitigating approaches. *Current Opinion in Cardiology* 1996; 1:221-226.
3. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concept of disability, frailty, and comorbidity; implications for improved targeting and care. *J Gerontology* 2004; 59: 255-263.
4. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological psychological function. *JAMA* 1963; 185:914-919.
5. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
6. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975; 23:433-441.
7. Lesher EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale--Short Form among inpatients. *J Clin Psychol* 1994; Mar;50[2]:256-260.
8. Vellas B. The Mini Nutritional Assessment and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* 1999; 15: 116-122.
9. Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, D'Ambrosio LP, Scarcelli C, Cacavilla L, Paris F, Placentino G, Seripa D, Dallapiccola B, Leandro G: Development and validation of a Multidimensional Prognostic Index for One Year Mortality from Comprehensive Geriatric Assessment in Hospitalized Older Patients. *Rejuvenation Res* 2008; 11: 151-161.
10. Pilotto A, Addante F, Franceschi M, et al. A Multidimensional Prognostic Index (MPI) based on a comprehensive Geriatric Assessment Predicts Short Term Mortality in Older Patients with Heart Failure. *Circ. Res. Fail.* 2009; 22 [epub ahead of print].
11. Goddlin S. *Palliative care in Congestive Heart Failure* 2009; 54:386-395.

Dalla prevenzione allo screening della disfunzione ventricolare

Prevention and screening of ventricular dysfunction

Francesco Legrottaglie^{1,2}

¹Medicina Generale Azienda Sanitaria Locale, Brindisi

²SIMG-Società Italiana di Medicina Generale

Correspondence to:

Francesco Legrottaglie
flegrot@libero.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IIPC 2009; 1, 3: 173-175

RIASSUNTO

Lo scompenso cardiaco è una grave sindrome clinica con elevata mortalità. Nuovi approcci terapeutici modificano notevolmente la prognosi a condizione che vengano attuati precocemente. È necessario pertanto l'identificazione precoce di tale sindrome mediante uno screening appropriato sui soggetti a rischio per tale patologia. Il medico di medicina Generale per la sua tipologia di lavoro è la figura professionale che può effettuare con successo tale screening identificando mediante la clinica e indagini poco costose ed eseguibili su larga scala i soggetti ad alto rischio, che occorrerà poi avviare ad iter diagnostici e terapeutici più complessi. L'informatizzazione ed l'organizzazione di lavoro con altri medici associato ad una buona pratica clinica, permette il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Parole chiave:

scompenso cardiaco; screening in medicina generale

SUMMARY

Heart failure is a serious hospital syndrome with high death. The use of ace inhibitors and beta-blockers remarkably modify the prognosis on condition that the patients are put into care precociously. Therefore it's necessary for a precocious identification of such syndrome by an appropriate screening on people at high risk for this kind of pathology. The kind of work for a Primary Care Practitioner is a professional figure that can do such screening with success on patients with high risk (hypertension, diabetes, obesity) on clinical conditions (kidney failure, CAD, cardiopathy, arteriosclerosis) identifying by clinical and not expensive screening that can easily be put into effect on large range (ECG basal, dosage of peptide natriuretic) the people at high risk then need to go through a diagnostic passage more complicated and period follow-up. The computerization and the working organization with other associated Primary Care Practitioners with a good clinic practicing allows the achievement of the aims wanted.

Key words:

heart failure prevention; primary care screening

Lo scompenso è una grave sindrome clinica con una storia naturale ben definita: la mortalità è pari al 50% a 5 anni e all'80% a 10 anni dalla diagnosi, paragonabile, pertanto, alle più comuni neoplasie oggetto di screening, quali il cancro della mammella, della prostata e del colon.¹ Il prolungarsi della durata della vita e la maggior sopravvivenza dei soggetti colpiti da patologia cardiaca acuta hanno determinato negli ultimi anni l'aumento dell'incidenza di tale patologia. Lo scompenso cardiaco conclamato spesso è preceduto con largo anticipo negli anni dalla disfunzione ventricolare sinistra asintomatica.¹

La terapia con beta bloccanti ed ace-inibitori ha inoltre radicalmente modificato la prognosi dello scompenso cardiaco anche

in fasi molto precoci della malattia.²

Pertanto un programma di screening sulla disfunzione ventricolare sinistra permetterebbe l'identificazione precoce dei pazienti a rischio al fine di attuare idonei programmi di intervento per evitare l'evoluzione della patologia.³

Il medico di medicina generale rappresenta spesso il primo attore coinvolto nella diagnosi, terapia e gestione del paziente con scompenso cardiaco. Inoltre il suo rapporto fiduciario con il paziente ed i familiari dello stesso, rapporto peraltro continuo e costante, gli permette di poter identificare precocemente i pazienti a rischio e di mettere in evidenza la malattia nella fase in cui ancora i sintomi sono modesti o assenti e la malattia è in fase di stabilità clinica.⁴

L'uso del supporto informatico e la recente rivoluzione culturale nell'organizzazione lavorativa della medicina generale, da una forma prevalentemente individualista a forme associazionistiche sempre più complesse, rendono il medico di medicina generale la figura più idonea all'intervento di screening sulla popolazione.⁵

CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI SU CUI EFFETTUARE SCREENING E MONITORAGGI PERIODICI

I pazienti vanno suddivisi in 2 categorie secondo le linee guida dell'American College of Cardiology/American Heart Association:⁶

1- Pazienti a rischio di sviluppare una cardiopatia strutturale a causa dei fattori di rischio o situazioni cliniche:

- ipertensione arteriosa
- diabete mellito
- obesità o sindrome metabolica
- insufficienza renale cronica
- aterosclerosi polidistrettuale
- assunzione prolungata di farmaci cardiotossici
- familiarità per cardiomiopatia idiopatica

2- Pazienti con cardiopatia strutturale nota ad alto rischio di evoluzione verso lo scompenso cardiaco:

- cardiopatia ipertensiva (danno d'organo)
- diabete mellito con danno d'organo
- insufficienza renale con danno d'organo CV
- cardiopatia ischemica e pregresso IMA
- malattia valvolare significativa asintomatica.

IDENTIFICAZIONE DEI SOGGETTI DA SOTTOPORRE A SCREENING

Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta l'unica figura professionale in grado di poter identificare teoricamente tutti i soggetti da sottoporre a screening. In tale operazione il MMG è fortemente agevolato da eventuali supporti informatici con cui esercita la professione, supporti peraltro, obbligatori nella nuova stesura del Contratto Nazionale Collettivo della Medicina Generale

(cartella informatica).^{5,7} Molti programmi gestionali della medicina generale hanno percorsi diagnostico terapeutici già automatizzati con funzioni di "allertamento" per il medico a condizione che sia i dati clinici essenziali del paziente, sia le patologie di cui è affetto siano state precedentemente codificate nel sistema secondo i protocollo internazionali (ICD9). A tal riguardo si segnalano esperienze sul territorio assolutamente positive ed incoraggianti come il progetto "RRO"

("Reti di rilevazione del Rischio cardiovascolare e Outcome clinici" Società Italiana Medicina Generale Lombardia⁸) ed il progetto "SIATA" ("Sistema integrato Assistenza Territoriale ed Ambulatoriale" ASL di Brindisi⁹).

STRATEGIE DI SCREENING

Pur rappresentando l'ecocardiografia M-B/doppler l'esame di riferimento per la valutazione della funzione ventricolare è improponibile per motivi sia organizzativi che di costi gestionali l'attuazione su larga scala di tale metodica. Occorre pertanto eseguire tale metodica solo ad un numero più limitato di soggetti, identificando strategie meno costose, applicabili su larga scala con elevato potere predittivo negativo. Associato ad un'attenta valutazione clinica del rischio, l'ECG ed il dosaggio dei peptidi natriuretici sembrano essere secondo le più recenti acquisizioni scientifiche le metodiche meglio utilizzabili per uno screening basale, anche se il dosaggio dei peptidi natriuretici non sembra essere una metodica ancora ben sviluppata sul territorio.^{10,11}

Pertanto per i soggetti con:

- ipertensione arteriosa o cardiopatia ipertensiva (con danno d'organo)
- diabete mellito con o senza danno d'organo
- obesità o sindrome metabolica
- insufficienza renale cronica con o senza danno d'organo CV
- aterosclerosi polidistrettuale

dovrebbe essere previsto periodicamente un'attenta valutazione clinica del rischio associata ad un ECG basale ed il dosaggio dei peptidi natriuretici. La presenza di più fattori di rischio e/o alterazioni all'ECG basale e/o alterazioni del PN avvierebbero il paziente verso uno screening ecocardiografico con ripetizioni periodiche dello screening da valutare caso per caso.

Lo screening ecocardiografico è invece raccomandato in prima istanza e poi periodicamente a soggetti con:

- assunzione prolungata di farmaci cardiotossici (con la periodicità prevista dal protocollo antineoplastico)
- familiarità per cardiomiopatia idiopatica con periodicità di 3-5 anni dall'età di 15-18 anni e fino a 40-50 anni
- cardiopatia ischemica e pregresso IMA con o senza rimodellamento VS (con le modalità previste dalle linee guida internazionali)¹².
- malattia valvolare significativa asintomatica (con periodicità da valutare caso per caso).

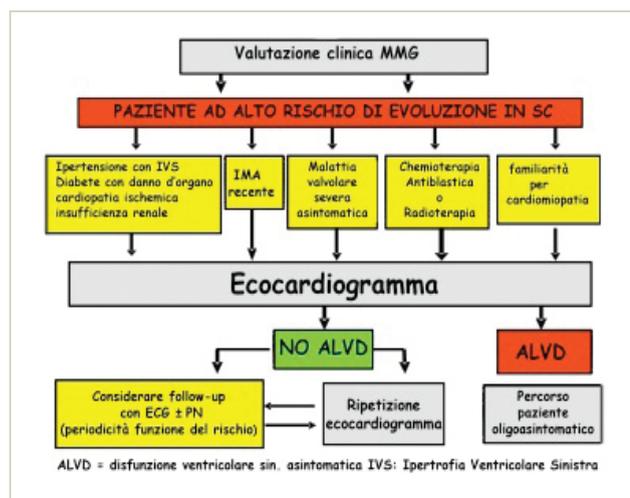


Tabella 1. Diagramma di flusso per lo screening della disfunzione ventricolare asintomatica (DVSA); ECG = elettrocardiogramma; IMA = infarto miocardico acuto; MMG = medico di medicina generale; PN = peptidi natriuretici; SC = scompenso cardiaco. Da Consensus Conference *Giornale Italiano Cardiologia* (4)

CONCLUSIONI

Il medico di medicina generale per la tipologia di rapporto con il paziente e grazie alle nuove forme organizzative della propria

professione (forme associative complesse, informatizzazione della cartella clinica dei pazienti) è la figura professionale sul territorio più adatta ad eseguire lo screening sulla popolazione per l'identificazione precoce della disfunzione ventricolare e la prevenzione dello scompenso cardiaco.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia il dott. Sergio Pede UOS Riabilitazione Cardiologica Ospedale N. Melli – San Pietro Vernotico ASL Brindisi, per la continua e costante collaborazione con la SIMG ed i Medici di Medicina Generale.

BIBLIOGRAFIA

1. Wang TJ, Evans JC, Benjamin EJ, Levy D, LeRoy EC, Vasan RS. Natural history of asymptomatic left ventricular systolic dysfunction in the community. *Circulation* 2003;108: 977-82.
2. A.Filippi "Il paziente con scompenso cardiaco" da "Vademecum Professionale e linee guida CV per la Medicina Generale Ed.Hippocrates 2006 pagg. 413-426.
3. 3-Appropriatezza in cardiologia: percorsi Pratici. Pazienti con scompenso cardiaco. *Centro Scientifico Editore* 2006 pagg. 235-287.
4. Consensus Conference "Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco". *Giornale Ital Cardiol* 2006; 7 (6): 387-432.
5. "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale quadriennio normativo 2006-2009, biennio economico 2006-2007". *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale* n.208 suppl. 167 dell'08.09.2009.
6. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1116-43.
7. Convenzione Regionale Pugliese per la Medicina Generale 8 ottobre 2007. *BURP* n.10 del 18.01.2008.
8. Progetto RRO: "Rete di rilevazione del Rischio cardiovascolare e Outcome clinici" Società Italiana Medicina Generale Lombardia. Sito web: www.progettorro.it.
9. F.Legrottaglie, D.Monopoli, E.Vinci. *Gestire la cronicità e le fragilità*. Scheina Editore 2009.
10. Baker DW, Bahler RC, Finkelhor RS, Lauer MS. Screening for left ventricular systolic dysfunction among patients with risk factors for heart failure. *Am Heart J* 2003; 146: 736-40.
11. Morrow DA, de Lemos JA, Blazing MA, et al, for the A to Z Investigators. Prognostic value of serial B-type natriuretic peptide testing during follow-up of patients with unstable coronary artery disease. *JAMA* 2005; 294: 2866-71.
12. Lewis EF, Moye LA, Rouleau JL, et al. Predictors of late development of heart failure in stable survivors of myocardial infarction: the CARE study. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42: 1446-53.

Il paziente con scompenso cardiaco acuto di nuova diagnosi o instabilizzato: i percorsi ospedalieri

The patient with new onset or chronic worsening heart failure: hospital management

Rolando Mangia

Unità Operativa Complessa di Cardiologia, Azienda Ospedaliera "Card. G. Panico", Tricase (LE)

Correspondence to:

Rolando Mangia
romangia@bb.fowhe.com

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IIPC 2009; 1, 3: 176-182

RIASSUNTO

Lo scompenso cardiaco (SC) cronico instabilizzato e lo scompenso cardiaco acuto sono le sindromi mediche a maggiore assorbimento di risorse in ambito medico. I ricoveri ospedalieri per tale sindrome rappresentano nei diversi paesi la più importante voce di costo in sanità pubblica. In una fase storica di ridotte risorse economiche per la sanità si rende necessaria l'adozione di percorsi intra-ospedalieri personalizzati per tipologia e collocazione dell'ospedale. Il paziente con SC acuto deve essere indirizzato al reparto di ricovero in base alla necessità di monitoraggio/trattamento intensivo e diagnostica/interventistica avanzata. Nel corso della degenza la gestione del paziente con SC acuto deve essere multidisciplinare con precoce attivazione della consulenza cardiologia, internistica, o di altra disciplina specialistica in relazione alle specifiche esigenze. Per i pazienti a basso rischio è necessaria la sistematica attivazione dell'osservazione breve in PS/DEA al fine di evitare i ricoveri inappropriati. Punto qualificante dei percorsi intraospedalieri è il riferimento del paziente dimissibile all'Ambulatorio dello SC per: a) primo controllo post-dimissione in caso di problematiche complesse/labilità clinica; b) gestione delle problematiche ancora attive come la stratificazione per morte improvvisa e/o trapianto cardiaco; c) presa in carico del paziente in caso di SC avanzato.

Parole chiave:

scompenso cardiaco acuto; scompenso cardiaco cronico instabilizzato; percorsi intra-ospedalieri; gestione multidisciplinare dello scompenso

SUMMARY

The chronic worsening heart failure (HF) and the acute HF are the medical syndromes to great absorption of resources in public health. The hospital admissions for such syndrome represent in the different countries the most important voice of cost of the public health expenditure. In a historical phase of limited economic resources for the health it is necessary to adopt patients' hospital personalized management for tipology and position of the hospital. The patient with acute HF must be addressed to the department of admission according to the necessity of intensive monitoring/ treatment and advanced diagnostic/interventistic. During the hospitalization the patient's management with acute HF must be multidisciplinary with early activation of the cardiologist, internistic advice or of other specialistic discipline in relationship to the specific demands. For low risk patients the systematic activation of the brief observation in ER is necessary with the purpose to avoid the inappropriate admissions to the hospital. Qualifying point of the intra-hospital management of the patients is the reference of the dischargeable patient to the cardiologist of the HF Service for: a) first post-discharge control in case of complex problems / clinical weakness; b) management of the still active problems as the stratification for sudden death e/o cardiac transplant; c) taken care of the patient in case of advanced HF.

Key words:

Acute heart failure; chronic worsening heart failure; hospital management; multidisciplinary management of heart failure

IL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO ACUTO DI NUOVA DIAGNOSI O INSTABILIZZATO

Lo SC avanzato e lo SC acuto sono le sindromi mediche a maggior assorbimento di risorse in ambito cardiologico. I ricoveri ospedalieri,

con un trend in costante crescita pressoché ovunque nel mondo occidentale, rappresentano nei diversi paesi la più importante voce di costo.¹ La gran parte dei pazienti affetti da SC acuto vengono ricoverati in reparti internistici.²⁻³ Da una rilevazione effettuata in

130 Strutture Complesse di Medicina italiane negli anni 2001-2002, con analisi di oltre 160.000 ricoveri consecutivi, il DRG 127 rappresentava l'8% dei ricoveri complessivi.⁴ I pazienti afferenti ai reparti internistici presentano inoltre un profilo clinico diverso, con una maggior prevalenza di soggetti d'età avanzata e portatori di comorbidità, rispetto a quelli ricoverati nei reparti cardiologici, più spesso affetti da SC cronico grave con specifiche necessità terapeutiche/assistenziali (terapia intensiva) o di tecnologia diagnostica. L'integrazione assistenziale e la ricerca di soluzioni organizzative che consentano il ricorso al ricovero in situazioni clinicamente appropriate e l'ottimizzazione del successivo percorso intra-ospedaliero, rappresentano quindi il fondamento per una corretta allocazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale nel trattamento di questa patologia.

EPIDEMIOLOGIA DELLO SC ACUTO

Recenti studi osservazionali condotti in contesti internazionali e nel nostro paese consentono di delineare il profilo clinico dei pazienti che accedono ai reparti ospedalieri per SC acuto.^{1, 5-6} Dall'analisi di questi dati emerge il quadro di una popolazione anziana, frequentemente portatrice di comorbidità, prevalentemente affetta da cardiopatia ischemica, spesso già sottoposta a procedure di rivascularizzazione, in cui una sindrome coronarica acuta rappresenta l'evento scatenante in un terzo dei casi e ciò sottolinea il necessario coinvolgimento delle strutture cardiologiche in una quota significativa di pazienti con SC acuto. Il 40% dei pazienti ricoverati è al primo episodio di scompenso acuto ed in questi casi c'è la necessità di un precoce inquadramento diagnostico completo.

L'elevata frequenza delle riacutizzazioni dello SC cronico trova riscontro in numerosi studi osservazionali che documentano un tasso di riospedalizzazione per SC a 6 mesi, fra il 30 e il 44% e impone un'attenta riflessione sulle più efficaci modalità di dimissione e sull'integrazione territoriale dell'assistenza al paziente scompensato.⁷

La complessità del quadro clinico dello scompenso acuto, l'elevata mortalità intra-ospedaliera, la lunga durata della degenza, la necessità di allinearsi ad indicatori di qualità del processo di cura adottati a livello internazionale, rendono auspicabile in ogni presidio ospedaliero l'adozione di protocolli condivisi e personalizzati in relazione al tipo e alla collocazione della struttura, sia per consentire il ricorso al ricovero in situazioni clinicamente appropriate, che per ottimizzarne il percorso intra-ospedaliero.

INDICAZIONI AL RICOVERO

Lo SC acuto è definito come "rapida insorgenza di segni e sintomi secondari a disfunzione cardiaca"⁸. L'indicazione al ricovero è quindi funzione della rapidità d'esordio, del livello di gravità clinica e della presenza di condizioni concomitanti.

Le indicazioni al ricovero di un paziente con scompenso cardiaco sono riportate in Tabella 1.

La letteratura ben documentata come la dispnea determini l'ospedalizzazione con maggior frequenza rispetto al dolore toracico: nello studio REDHOT (9) il ricovero era indicato nel 90% dei pazienti afferenti al PS/DEA per dispnea e nel 37-60% dei soggetti che si presentavano con dolore toracico. Questa discrepanza trova

origine verosimilmente nella diversa disponibilità di marcatori diagnostici e prognostici validati per un'accurata stratificazione del rischio. In letteratura, l'età avanzata, una bassa pressione sistolica, un'aumentata frequenza respiratoria, l'iperazotemia, l'iposodiemia, la creatinina elevata e la presenza di comorbidità sono associati a più elevato rischio di decesso a breve termine.

Fra i vari indici utili ad una stratificazione prognostica è emerso di recente un ruolo importante per i peptidi natriuretici (PN).⁹⁻¹⁰ E' stato suggerito che variazioni dei livelli di PN nel corso della degenza possano essere utili per la stratificazione prognostica dei pazienti ospedalizzati per SC. Una significativa riduzione dei PN dopo trattamento e stabilizzazione, contribuirebbe ad identificare pazienti a minor rischio di riospedalizzazione, mentre pazienti con elevazione dei PN nel corso del ricovero o con valori elevati alla dimissione sarebbero a rischio più elevato e andrebbero indirizzati ad ulteriori tentativi di ottimizzazione terapeutica e ad un follow-up più intensivo.

LA SCELTA DEL LUOGO DI CURA

Il PS/DEA è lo snodo iniziale del percorso del paziente con SC acuto. In PS/DEA vengono eseguiti il primo inquadramento diagnostico ed i provvedimenti terapeutici d'urgenza, quali rianimazione cardiopolmonare, terapia infusionale, ventilazione assistita, volti a stabilizzare il paziente. Accanto all'anamnesi e all'esame obiettivo, al profilo ematochimico e all'emogasanalisi, all'esecuzione di ECG e Rx torace, è auspicabile la diffusione del dosaggio dei PN per

Tabella 1. Indicazioni al ricovero del paziente con SC

1) Aritmie maggiori

- aritmie sintomatiche
- sincope o pre-sincope
- arresto cardiaco
- multiple scariche di defibrillatore impiantabile

2) ischemia miocardica acuta

3) SC de novo, con sintomi di nuova insorgenza a rapida comparsa

4) instabilizzazione di SC cronico

a. RICOVERO IMMEDIATO

- edema polmonare o distress respiratorio in posizione seduta
- desaturazione arteriosa in O2 < 90%, in assenza di nota ipossiemia cronica
- frequenza cardiaca > 120 battiti/minuto, con l'eccezione di FA cronica
- aritmia (Fibrillazione/ Flutter atriale) de novo con compromissione emodinamica
- shock cardiogeno

b. RICOVERO URGENTE

- presenza di segni e/o sintomi di congestione e/o ipoperfusione
- recente sviluppo di disfunzione epatica, distensione epatica severa, ascite sotto tensione, anasarca
- riscontro di importante ipo- o iperpotassiemia
- peggioramento acuto di comorbidità (patologie polmonari, insufficienza renale)

c. RICOVERO CON CARATTERE DI PRIORITÀ

- rapida riduzione della natriemia < 130 mEq/l
- incremento della creatinemia (almeno x 2 volte o in assoluto > 2.5 mg/dl)
- persistenza di segni e/o sintomi di congestione a riposo nonostante ripetute visite di controllo ed aggiustamento della terapia diuretica

la diagnosi differenziale della dispnea acuta in pazienti senza cardiopatia nota.

L'invio al reparto di degenza più appropriato è funzione del profilo di gravità del paziente. Una classificazione basata su una valutazione clinica della congestione e della perfusione¹¹ appare invece diffusamente impiegabile per un primo inquadramento del paziente e per ottenere indicazioni di massima sulla sede di ricovero (Fig.1). Pazienti con SC stabile in assenza di ipoperfusione e significativa congestione generalmente non necessitano di ricovero, a meno di altri elementi di rischio/instabilità, quali aritmie, disfunzione d'organo, infezioni.

I pazienti con congestione che non presentino segni d'ipoperfusione possono essere trattenuti in PS/DEA per un periodo d'osservazione breve e, dopo adeguato trattamento e valutazione clinica e di laboratorio, inviati a domicilio per la prosecuzione della cura da parte del medico curante, con consulenza specialistica ambulatoriale, o in relazione all'entità del sovraccarico volêmico e delle sue ripercussioni sulla funzione d'organo ricoverati in reparti di degenza comune.

I pazienti con quadro clinico d'ipoperfusione da bassa portata cardiocircolatoria ed associata congestione rappresentano il gruppo a maggior rischio e hanno indicazione a ricovero in reparti con dotazioni strumentali e di personale medico ed infermieristico specializzato atti al trattamento intensivo o semi-intensivo.

I pazienti con prevalenti segni d'ipoperfusione rappresentano un gruppo ristretto ed eterogeneo, che può includere pazienti ipovolemici per sovradosaggio farmacologico, che possono richiedere il ricovero per la necessità di adeguare o sospendere i diuretici e frequentemente di reintegrare i liquidi, ma anche soggetti con quadro di congestione non apprezzabile clinicamente.

Gli obiettivi immediati del trattamento dello scompenso acuto sono il miglioramento della dispnea, la riduzione degli eventuali segni di bassa portata, con il raggiungimento di una pressione arteriosa media pari ad almeno 65-70 mmHg, il controllo del ritmo e della frequenza cardiaca, con valori compresi fra 60 e 80 battiti/minuto. Il raggiungimento di tali obiettivi dopo stabilizzazione in PS/DEA può consentire la dimissione del paziente a minor rischio o il ricovero in reparti di degenza ordinaria.

Il ricovero in terapia intensiva appare sempre indicato nei pazienti

che presentino condizioni cliniche tali da mettere a rischio immediato la sopravvivenza, mentre è necessaria un'attenta valutazione prima di decidere sull'opportunità e sulla sede del ricovero, nei pazienti che presentino una relativa stabilità clinica all'ingresso in PS/DEA.¹² Uno studio che ha valutato in maniera prospettica, la correlazione fra la percezione di gravità dichiarata dai medici al momento del ricovero e la reale incidenza di complicanze ha documentato la tendenza a sovrastimare il rischio di complicanze gravi nei pazienti con SC acuto.¹³

In Terapia Intensiva (UTI, UTIC o talora Medicina d'Urgenza) dovrebbero essere ricoverati, per il tempo strettamente necessario al conseguimento di un'adeguata stabilizzazione, i pazienti con ischemia acuta, scompenso refrattario, instabilità elettrica e/o emodinamica, soprattutto se potenziali candidati a rivascolarizzazione percutanea o ad intervento cardiocirurgico o ad impianto d'assistenza ventricolare come ponte al recupero o al trapianto di cuore. In UTI/UTIC possono essere attuati il monitoraggio elettrocardiografico, emodinamico invasivo e non invasivo, la contropulsazione aortica, l'ultrafiltrazione, la ventilazione invasiva e non invasiva.

Una breve degenza in UTI/UTIC per stabilizzazione ischemica o aritmica può essere prevista anche in pazienti con severo profilo di comorbilità.

I pazienti instabili, con scompenso de novo o cronico instabilizzato per una qualunque causa, dovrebbero afferire ad un' Unità Semintensiva (USI, sia essa di Cardiologia o di Medicina o di Medicina e Chirurgia di accettazione e d'Urgenza o Unità dello Scompenso Cardiaco)¹⁴ dotata di monitoraggio telemetrico dell'ECG, emodinamico non invasivo ed eventualmente invasivo, ventilazione non invasiva con pressione continua positiva (CPAP) o con supporto ventilatorio (NIPSV), procedura che ha dimostrato di ridurre la necessità d'intubazione orotracheale.

I reparti di degenza ordinaria (Cardiologia, Medicina/Geriatria) possono accogliere invece pazienti a più basso rischio, senza necessità di monitoraggio intensivo o supporto meccanico-respiratorio. I pazienti con importante sovraccarico di liquidi, che presentano un elevato rischio di ulteriori accessi in urgenza per instabilizzazione, dopo osservazione e trattamento in PS/DEA, potranno tornare al proprio domicilio solo se potranno essere attivate modalità territoriali di assistenza alternative al ricovero, in grado di mantenerlo in prolungata stabilizzazione.

La scelta del reparto di degenza ordinaria, nella pratica clinica, è generalmente condizionata dalla disponibilità di posti letto nelle diverse strutture. I percorsi intra-ospedalieri non possono pertanto essere definiti da criteri rigidi. In linea di massima, la maggiore dotazione strumentale diagnostica rende più razionale l'invio alle Cardiologie del paziente con necessità di monitoraggio e/o approfondimento invasivo. Tuttavia occorre considerare che nelle differenti realtà locali, si può rilevare una notevole disomogeneità in termini di risorse disponibili. I reparti internistici che operano all'interno dei presidi ospedalieri di medie o piccole dimensioni, più frequentemente rispetto a quelli inseriti negli ospedali ad alta specializzazione, sono dotati autonomamente d'attrezzature di diagnostica in grado di assicurare direttamente l'esecuzione diretta d'esami strumentali non invasivi.

Lo SC acuto di nuova insorgenza (de novo), di qualunque eziologia e gravità, richiede un precoce e completo inquadramento

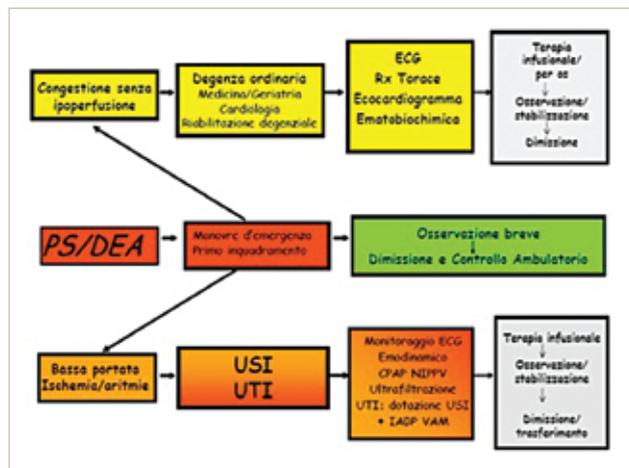


Figura 1. Percorso intraospedaliero in base al profilo di gravità del paziente con SC

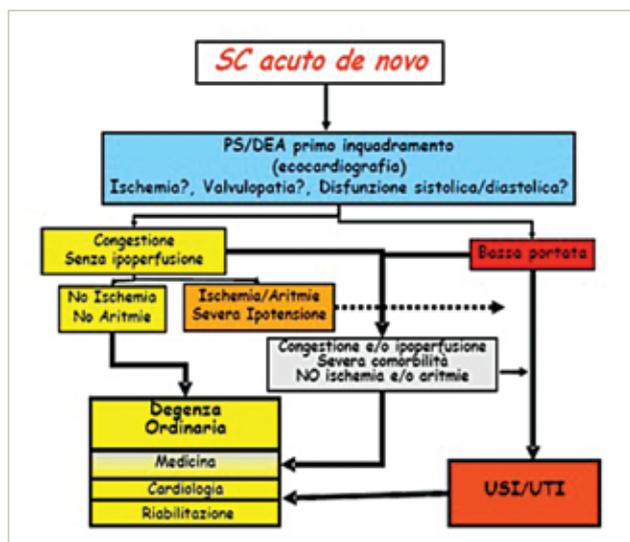


Figura 2. Percorso intraospedaliero del paziente con SC acuto "de novo"



Figura 3. Percorso intraospedaliero del paziente con SC cronico riacutizzato

fisiopatologico ed eziologico e nella maggioranza dei casi è da considerarsi indicazione al ricovero in un ambiente, generalmente cardiologico, dotato di strumentazione adeguata al completamento dell'iter diagnostico, oltre che alla gestione clinica e terapeutica in rapporto alla sua gravità (Fig.2).

In caso di ricovero in Medicina, sarà comunque utile un precoce ricorso alla consulenza specialistica cardiologica. Il timing delle procedure diagnostiche invasive e di eventuali terapie interventistiche dovrebbe essere dettato primariamente dallo stato clinico del paziente, in rapporto alla possibilità di una migliore stabilizzazione post-dimissione, o in riabilitazione, o piuttosto prevedendo l'esecuzione durante lo stesso ricovero. Il contesto organizzativo, con la maggior o minor disponibilità d'accesso a strutture di cure intermedie, può inoltre influire nella scelta.

IL PERCORSO INTRA-OSPEDALIERO: TRASFERIMENTI INTERNI

L'organizzazione intra-ospedaliera, sulla base dei PDT interni, dovrebbe prevedere l'invio e il trasferimento alle unità di degenza ordinaria secondo specifici criteri di selezione, ove logisticamente

Tabella 2. Percorso intraospedaliero del paziente con SC

Criteri d'invio o trasferimento

dalla terapia intensiva/UTIC alla degenza

- controllo dell'instabilità di tipo ischemico, emodinamico o aritmico
- avanzata fase di riduzione della terapia con vasodilatatori e/o inotropi

dalla Medicina alla Cardiologia

- necessità di approfondimento diagnostico cardiologico
- patologia valvolare significativa
- patologia ischemica attiva con indicazioni a indagini diagnostiche invasive o rivascularizzazione
- problematiche aritmiche con necessità di monitoraggio/terapia specifica e/o resincronizzazione cardiaca/impianto di defibrillatore

dalla Cardiologia alla Medicina

- dopo raggiungimento di adeguata stabilizzazione ischemica, emodinamica e/o aritmica
- in presenza di problematiche attive di tipo internistico

in Riabilitazione

- condizioni cliniche tali da permettere un trattamento riabilitativo
- possibilità di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero in Riabilitazione, con risultato atteso di rientro nella comunità, con o senza supporto, o passaggio ad un altro livello di cure riabilitative (ambulatoriale, domiciliare ecc.).
- alto rischio di potenziale instabilità clinica che richieda disponibilità continuativa nelle 24 ore di prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative ad elevata intensità
- trattamento riabilitativo indifferibile, non erogabile efficientemente in regimi alternativi

possibile in base alla disponibilità di posti letto, fermo restando il principio di gestione integrata multidisciplinare, con reciproco supporto di cardiologi ed internisti.

Il trasferimento dalla Cardiologia alla Medicina dovrebbe essere favorito da opportuni accordi/protocolli gestionali interni, in modo da permettere a pazienti con SC avanzato e/o anziani, ove necessario per un'iniziale stabilizzazione clinica con monitoraggio e terapia intensiva, una breve degenza in ambiente cardiologico, ma con la possibilità di completamento del programma di cure in strutture internistiche (Tabella 2). La Fig.3 illustra il diagramma di flusso nei casi di SC cronico riacutizzato.

Nei pazienti con basso profilo clinico di gravità e scarsa compromissione emodinamica, può essere attivata l'osservazione breve in PS/DEA per il tempo necessario a documentare un soddisfacente miglioramento clinico con terapia infusionale, con la possibilità di evitare un ricovero ospedaliero in degenza continuata e i costi connessi.¹⁵ Questi pazienti dovrebbero essere reinviati a domicilio, con segnalazione al MMG e un appuntamento di follow-up, per rivalutazione precoce presso l'Ambulatorio/Day Hospital ospedaliero a 24-48 ore.

L'episodio di ricovero dovrebbe rappresentare anche per i pazienti con SC cronico riacutizzato l'occasione per un reinquadramento diagnostico, una nuova stratificazione del profilo di rischio a distanza oltre che per l'ottimizzazione terapeutica.

IL PERCORSO INTRA-OSPEDALIERO: LE OPZIONI CARDIOCHIRURGICHE

In assenza di risposta al trattamento medico, la cardiochirurgia può rivestire un ruolo determinante nell'influenzare positivamente la prognosi dei pazienti SC acuto ricoverati in urgenza-emergenza

Tabella 3. SC acuto con indicazione chirurgica in urgenza-emergenza

- Shock cardiogeno dopo IMA in pazienti con malattia multivasale
- Rottura postinfartuale di setto interventricolare
- Rottura postinfartuale di parete libera
- Trombosi acuta di protesi valvolare
- Dissezione aortica
- Insufficienza mitralica acuta da:
 - rottura ischemica di papillare
 - disfunzione ischemica di papillare
 - rottura di corde tendinee mixomatose
 - endocardite
 - trauma
- Insufficienza aortica acuta da
 - endocardite
 - dissezione
 - trauma toracico
 - rottura di aneurisma del seno di Valsalva
- Per assistenza ventricolare meccanica:
- Shock cardiogeno in corso di infarto miocardico acuto
- Scompenso acuto di cardiomiopatia cronica in paziente candidato a trapianto
- Miocardite acuta con grave compromissione della funzione di pompa

per instabilizzazione (Tabella 3).

Le opzioni chirurgiche comprendono la rivascularizzazione diretta per ischemia miocardica acuta o cronica, la correzione dell'insufficienza mitralica funzionale, la ricostruzione del ventricolo sinistro, la correzione di patologie strutturali della mitrale o aortica, l'assistenza circolatoria meccanica transitoria o permanente, per accertata irreversibilità della disfunzione¹⁶ e il trapianto cardiaco.

Nelle situazioni di instabilizzazione, pre-requisiti fondamentali per un corretto utilizzo dei sistemi di assistenza circolatoria meccanica sono la realistica possibilità di un recupero neurologico, l'assenza d'insufficienza multiorgano e di comorbilità severe, la possibilità di recupero della funzione cardiaca, di assistenza circolatoria permanente e/o di sottoporre il paziente a trapianto cardiaco (Fig.4).

La dimissione dopo un ricovero per SC acuto (de novo o cronico riacutizzato). La corretta gestione della fase di dimissione consente di consolidare i risultati favorevoli ottenuti nel corso del trattamento ospedaliero e di instaurare efficacemente un percorso integrato in continuità con il territorio.

La dimissione deve avvenire dopo verifica di stabilità clinica in terapia orale da almeno 24-48 ore, con raggiungimento del peso secco, definizione del range pressorio accettabile, con il paziente in grado di deambulare, in assenza di significativa dispnea od ortostatismo (Tabella 4).

I criteri clinici di dimissibilità devono poi essere flessibili in relazione alla possibilità di trasferimento in strutture di cure intermedie o di rientro del paziente a domicilio.

LE CURE INTERMEDIE

Il trasferimento in regime di ricovero in strutture per cure intermedie dovrebbe essere preso in considerazione per tutti i pazienti sufficientemente stabili per la dimissione ma non in grado di rientrare a domicilio, che altrimenti andrebbero incontro ad un inappropriato prolungamento della degenza in strutture per acuti.

Le strutture per cure intermedie comprendono reparti di lungo-degenza o di post-acuzie e strutture specialistiche riabilitative.¹⁷⁻¹⁸ Obiettivo delle cure intermedie è la prosecuzione di un percorso

Tabella 4. Criteri di dimissibilità dopo ricovero per aggravamento dello scompenso

1	a) Assenza di sintomi/segni di scompenso (dispnea, bassa portata, congestione viscerale e/o periferica, obnubilamento) importanti o a riposo o nelle attività minime di cura della persona (alimentarsi, andare in bagno, lavarsi) Oppure b) Sintomi al livello precedente l'aggravamento in paziente non ulteriormente migliorabile
2	a) Assenza d'angina Oppure b) Episodi di angina controllabile con TNG in paziente non rivascularizzabile
3	a) Assenza di aritmie che determinano instabilità emodinamica Oppure b) Aritmie sporadiche e prontamente interrotte da defibrillatore impiantabile
4	Assenza di condizioni migliorabili con procedura interventiva-chirurgica in paziente in IV classe NYHA
5	Pressione sistolica > 80 mmHg senza fenomeni di ortostatismo importanti
6	Frequenza cardiaca > 50 e < 120 battiti/minuto
7	a) Funzione renale ed epatica normali Oppure b) Disfunzione renale e/o epatica stabili rispetto a prima dell'aggravamento
8	Natriemia > 130 mEq/l, Potassiemia > 4 e < 5.5 mEq/l
9	a) Assenza d'infezione Oppure b) Infezione inquadrata, senza squilibrio emodinamico, in trattamento
10	a) Assenza di effetti collaterali da farmaci Oppure b) Effetti tollerabili, stabili, e non eliminabili a meno d'aggravamento dello scompenso
Criterio alternativo: paziente non ulteriormente migliorabile, con programma assistenza	

di durata temporalmente limitata che comporti terapia medica e trattamento riabilitativo atto al recupero fisico, con l'obiettivo di massimizzare l'autosufficienza del paziente e consentire il rientro a domicilio in sicurezza.

Sono candidati ad una riabilitazione in regime di degenza pazienti con SC in III-IV classe NYHA e/o che richiedono monitoraggio, infusione o titolazione dei trattamenti farmacologici, supporto nutrizionale o meccanico.

LA DIMISSIONE A DOMICILIO

La possibilità di riferire ad una struttura ambulatoriale dedicata sia i pazienti dimessi da ricovero ordinario che i soggetti rinvii a domicilio dopo osservazione breve in PS/DEA, ma considerati a rischio di ulteriore instabilizzazione, rappresenta uno dei punti qualificanti di un percorso sanitario finalizzato alla gestione integrata dello SC.

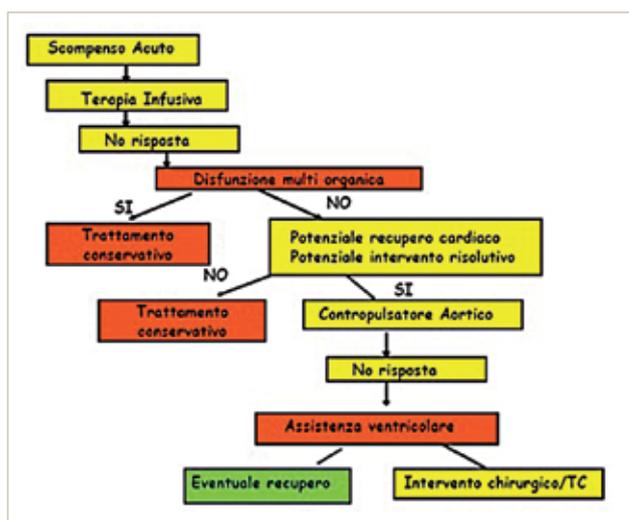


Figura 4. Diagramma di flusso per l'indicazione ad assistenza ventricolare meccanica

L'Ambulatorio dello SC con disponibilità di day hospital e personale infermieristico dedicato, con specifiche competenze, dovrebbe rappresentare il punto di continuità assistenziale per i pazienti con SC grave e svolgere attività di consulenza per altri reparti di degenza e per le strutture territoriali.

Il paziente stabile con SC lieve-moderato viene ripreso in carico dal MMG con controlli periodici, ricorrendo ove necessario alla consulenza specialistica. Nel pianificare la continuità assistenziale per il paziente con SC dopo il ricovero, appaiono centrali l'informazione del MMG che lo riprenderà in carico; è auspicabile pertanto realizzare le condizioni per le quali egli stesso sia adeguatamente informato. Importanti elementi di comunicazione sono: a) la lettera di dimissione; b) il contatto verbale/internet/altro tra l'equipe ospedaliera di riferimento ed il MMG.

La lettera di dimissione dovrebbe sempre essere intesa come strumento cardine della continuità assistenziale¹⁹ e contenere:

- il motivo del ricovero con indicazione di possibili cause d'instabilizzazione;
- modalità di presentazione clinica;
- diagnosi eziologica dello SC;
- severità della patologia e stratificazione del rischio d'eventi;
- valutazione della presenza di comorbidità;
- dati dettagliati relativi ad esami laboratoristici/strumentali e consulenze specialistiche;
- terapie farmacologiche e non, praticate durante il ricovero;
- peso, frequenza cardiaca, pressione arteriosa alla dimissione;
- terapia prescritta alla dimissione, con indicazione di eventuali variazioni rispetto al trattamento precedente il ricovero;
- indicazioni per la titolazione dei farmaci;
- programma di follow-up a breve termine;
- necessità di supporto infermieristico domiciliare/assistenza sociale;
- contatti telefonici preferenziali per comunicare col centro per problemi acuti;
- indicazione e contenuti di specifiche attività formative indirizzate al paziente ed ai suoi familiari, su malattia, terapia imposta e principi di autogestione.

Per i casi più complessi dovrebbe essere programmato l'eventuale supporto specialistico. Per i pazienti con SC severo, con gravi comorbidità, anziani fragili, dimessi dopo una fase d'instabilizzazione, è auspicabile un controllo precoce dopo 7-30 giorni, secondo il livello di severità della malattia, presso la struttura ospedaliera, per verifica della stabilità clinica, per ottimizzazione terapeutica e risoluzione delle problematiche aperte.

La condivisione di indicatori di qualità (come da standard internazionalmente riconosciuti), fra ospedale e territorio, può rappresentare il linguaggio comune, base di una reale continuità assistenziale. Particolarmente importante è il riconoscimento degli aspetti d'educazione alla consapevolezza della propria malattia e all'autocura, che consentono al paziente di assumere un ruolo attivo nella gestione della patologia.²⁰

La ripresa in carico da parte del MMG dopo la dimissione deve mirare alla globalità delle problematiche sanitarie del malato.

La complessità del regime farmacologico in dimissione e la difficoltà di sovrapporlo a piani terapeutici precedenti, rappresentano fattori di rischio rilevanti per l'incongrua assunzione di trattamenti talora anche per motivazioni apparentemente banali.²¹

CONCLUSIONI

In conclusione per il paziente con SC acuto di nuova diagnosi o cronico instabilizzato:

- 1) E' auspicabile l'adozione di percorsi intra-ospedalieri personalizzati per tipologia e collocazione dell'ospedale.
- 2) Il paziente con SC acuto deve essere indirizzato al reparto di ricovero in base alla necessità di monitoraggio e/o trattamento intensivo e diagnostica/interventistica avanzata.
- 3) Nel corso della degenza la gestione del paziente deve essere multidisciplinare con precoce attivazione della consulenza cardiologica, internistica, o di altra disciplina specialistica di settore in relazione alle specifiche esigenze.
- 4) Per il paziente a basso rischio si raccomanda la sistematica attivazione dell'osservazione breve in PS/DEA.
- 5) Elemento qualificante dei percorsi intra-ospedalieri è l'affidamento del paziente dimissibile all'Ambulatorio dello SC per: a) un primo controllo clinico nel caso di problematiche complesse/labilità clinica; b) gestione di problematiche ancora attive (stratificazione per M.I. e/o trapianto cardiaco, indicazione a valutazione invasiva/interventistica avanzata); c) presa in carico del paziente in caso di SC avanzato.
- 6) La lettera di dimissione del paziente dopo ricovero per SC acuto deve contenere tutti gli elementi necessari a garantire la continuità assistenziale con il coinvolgimento dei MMG.

BIBLIOGRAFIA

1. Gheorghide M, Zannad F, Sopko G, et al. Acute heart failure syndromes current state and framework for future research. *Circulation* 2005; 112:3958-68.
2. Bellotti P, Badano LP, Acquarone N, et al. Specialty-related differences in the epidemiology, clinical profile, management and outcome of patients hospitalized for heart failure. The OSCUR study. *Eur Heart J* 2001; 22: 596-604.

3. Di Lenarda A, Scherillo M, Maggioni AP, et al. Current presentation and management of heart failure in cardiology and internal medicine hospital units: a tale of two worlds; the TEMISTOCLE study. *Am Heart J* 2003;146:e12.
4. P Bellis "Progetto MINERVA: origini metodologia obiettivi. *Centro Scientifico Editore* 2004.
5. Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, et al. Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure. Derivation and validation of a clinical model. *JAMA* 2003;290:2581-7.
6. Fonarow G, Adams KF, Abraham WT, Yancy CW, Boscardin WJ. Risk stratification for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure. *JAMA* 2005;293:572-80.
7. Tavazzi L, Maggioni AP, Lucci D, et al. Nationwide survey on acute heart failure in cardiology ward services in Italy. Submitted to EHJ.
8. Nieminen MS, Bohm M, Cowie MR et al.. Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure: the Task Force on Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2005;26:384-416.
9. Nowak R, Green G, Saltzberg M, Ellison SR, Bhalla MA, et al. Primary results of the Rapid Emergency Department Heart Failure Outpatient Trial (REDHOT). A multicenter study of B-Type natriuretic peptide levels, emergency department decision making, and outcomes in patients presenting with shortness of breath. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:1328-33.
10. Bettencourt P, Ferreira S, Azevedo A, et al. Preliminary data on the potential usefulness of B-type natriuretic peptide levels in predicting outcomes after hospital discharge in patients with heart failure. *Am J Med* 2002;113:215-9.
11. Nohria A, Tsang SW, Fang JC, Lewis EF, Jarcho JA, Mudge GH, Stevenson LW. Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41:1797-804.
12. Butler J, Hanumanthu S, Chomsky D, Wilson JR. Frequency of low-risk hospital admissions for heart failure. *Am J Cardiol* 1998;81:41-44.
13. Smith WR, Poses RM, McClish DK, et al. Prognostic judgments and triage decisions for patients with acute congestive heart failure. *CHEST* 2002; 121:1610-17.
14. Opasich C, Tavazzi L. Riflessioni sul problema organizzativo dell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco cronico. *G. Ital Cardiol* 1998; 28: 913-919
15. Storrow AB, Collins SP, Lyons MS, Wagoner LE, Gibler WB, Lindsell CJ. Emergency department observation of heart failure: preliminary analysis of safety and cost. *Congest Heart Fail*. 2005;11:68-72.
16. Delgado DH, Rao V, Ross HJ, Verna S, Smedira NG. Mechanical circulatory assistance: state of art. *Circulation* 2002;106:2046-50.
17. Linee-guida per le attività di riabilitazione, Ministro della Sanità GU 30 maggio 1998, n. 124.
18. Linea Guida Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria. <http://www.pnlg.it/LG/016/016.pdf>.
19. Raval AN, Marchiori GE, Arnold JM. Improving the continuity of care following discharge of patients hospitalized with heart failure: is the discharge summary adequate? *Can J Cardiol*. 2003;19:365-70.
20. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, et al. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2005;111:179-85.
21. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Sung-joon M. Post-hospital medication discrepancies. Prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med* 2005;165:1842-7.

La gestione del paziente oligosintomatico

Management of oligosymptomatic patient

Attilio Di Crechio

S.C. Cardiologia-U.T.I.C. P.O. "F. Lastaria" Lucera, Foggia

Correspondence to:

Attilio Di Crechio
atdicrechio@tiscali.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IIPC 2009; 1, 3: 183-186

RIASSUNTO

La principale figura di riferimento per l'assistenza al paziente ambulatoriale oligosintomatico è il Medico di Medicina Generale (MMG) che avvia il percorso diagnostico ambulatoriale e pianifica in maniera multidisciplinare le cure. Il Medico di Medicina Generale si avvale della consulenza specialistica del Cardiologo per un inquadramento eziologico, stratificazione prognostica, impostazione terapeutica. Il follow-up periodico del MMG prevede una visita ogni 3-6 mesi per verificare la stabilità clinica, rinforzare la compliance, prevenire e riconoscere precocemente le instabilizzazioni, pianificare un percorso educativo del paziente. Il MMG richiede consulenza specialistica cardiologica per peggioramento senza pronta risposta alla terapia, comparsa di angina e/o ischemia, aritmie, progressione della disfunzione ventricolare, con la possibilità di presa in carico temporanea per la gestione delle stesse problematiche da parte dello specialista.

Parole chiave:

general practitioner; heart failure

SUMMARY

General Practitioner is the point of reference for the initial and serial clinical assessment of outpatients presenting oligosymptomatic Heart Failure. General Practitioner interacts with Cardiologist for evaluation of potential causative factors, in defining the prognosis, to select cardiovascular medications in the patient with HF. General Practitioner plans each follow-up examination every 3-6 months to verify clinical stability, to become patient's compliance stronger, to prevention and prompt recognition of clinical instability, to patient's counseling. General Practitioner asks for Cardiologist in any clinical worsening without prompt improvement with medications, appearance of angina pectoris and/or cardiac ischemia, arrhythmias, worsening of ventricular dysfunction, to temporary care.

Key words:

general practitioner; heart failure

INTRODUZIONE

La grande maggioranza dei pazienti con Scempenso Cardiaco (SC) è, dal punto di vista della capacità funzionale, collocabile nelle classi a minore compromissione clinica (NYHA I e II). Peraltro morbilità e mortalità in questo gruppo di pazienti non sono trascurabili: nel Registro Italiano IN-CHF il tasso annuale di ospedalizzazione per tutte le cause in questi pazienti è compreso fra il 13 e il 20%, e la mortalità annuale tra il 4 e l'8,5%.

La classificazione NYHA riflette esclusivamente l'entità dei sintomi riferiti dal paziente ed è noto come vi sia una scarsa correlazione tra grado di disfunzione ventricolare e gravità dei sintomi. Pazienti con significativa riduzione della frazione d'eiezione possono essere oligo o asintomatici mentre pazienti con funzione sistolica conservata possono avere importante limitazione della capacità funzionale. I sintomi peraltro, possono variare ampiamente, rispec-

chiando il carattere dinamico e progressivo della storia naturale dello scempenso cardiaco.

L'INQUADRAMENTO

Nei pazienti ambulatoriali oligosintomatici il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT), adeguatamente condiviso tra le diverse strutture ospedaliere e tra l'Ospedale ed il territorio, è attuato in regime ambulatoriale. Il PDT dovrebbe essere in particolare volto alla conferma diagnostica, alla definizione eziologica dello SC e alla stratificazione del rischio globale ed aritmico. Una diagnosi accurata di tale condizione può essere difficile in mancanza di indagini specialistiche: il sospetto di SC posto in ambito di cure primarie è confermato dalla valutazione clinico-strumentale cardiologica in non più del 25-50% dei casi.¹⁻²

La diagnosi di scempenso cardiaco è spesso difficile³ per:

- bassa specificità dei sintomi e segni;
- fattori confondenti legati al sesso femminile, obesità, comorbidità;
- difficoltà d'interpretazione dei referti;
- difficoltà di diagnosi dello scompenso a funzione sistolica conservata;
- scarsa disponibilità di strumenti diagnostici (ECG, Rx torace, PN, ecocardiografia).

E' infatti ormai largamente accettato che la diagnosi di SC non può essere posta soltanto sulla base dei sintomi e dei segni clinici: sia le Linee Guida (LG) europee⁴ che quelle nord americane⁵ sostengono il ricorso a tecniche d'imaging per ottenere prove oggettive di disfunzione ventricolare sinistra.

Un test ematico capace di identificare soggetti con SC, di semplice esecuzione ed interpretazione potrebbe avere, specialmente in ambito di cure primarie, notevole utilità. Le LG della Società Europea di Cardiologia riportano che il dosaggio dei PN può essere usato nella diagnosi di SC in soggetti sintomatici, in particolare come test iniziale per la sua esclusione.

Il MMG, in presenza di un sospetto di disfunzione ventricolare oligosintomatica o SC, dopo una prima valutazione di gravità

ed un'iniziale impostazione terapeutica, dovrebbe avviare le necessarie indagini per la conferma della diagnosi e procedere con accertamenti di laboratorio mirati all'esclusione di patologie che pongono dubbi di diagnosi differenziale e degli esami strumentali di primo livello: ECG, Rx torace e dosaggio dei PN (Fig.1).

In caso di positività degli esami di primo livello si procederà nell'iter diagnostico, ricorrendo alla consulenza specialistica cardiologica per gli esami strumentali volti alla conferma diagnostica, alla ricerca eziologica e alla stratificazione prognostica.

L'esame strumentale indispensabile per la valutazione del paziente con SC è l'ecocardiogramma che fornisce informazioni anatomico-funzionali sulle alterazioni delle valvole cardiache, sulla funzione del miocardio e sul pericardio. In linea generale in caso di riscontro di un ecocardiogramma patologico dovrebbe seguire una consulenza cardiologica clinica. L'approfondimento clinico-strumentale deve includere un accurato esame del paziente, incluso da un lato, nel caso di pazienti con sospetta malattia del miocardio su base eredo-familiare, la valutazione della familiarità ed il coinvolgimento neuromuscolare, dall'altro l'analisi di problematiche cardiache od extracardiache che possono causare ed accelerare lo sviluppo e la progressione dello SC. La valutazione e la ricerca di fattori potenzialmente causali cominciano con una dettagliata raccolta anamnestica e con un esame fisico completo, cardiaco ed extracardiaco. Indagini di approfondimento potranno essere richieste sulla base dello specifico sospetto eziologico (cardiopatia ipertensiva, valutazione neuromuscolare nelle malattie del miocardio su sospetta base eredo-familiare, ecc.). Un test di induzione d'ischemia potrà essere richiesto per escludere un'ischemia negli stadi iniziali della malattia. In caso di fondato sospetto di eziologia ischemica, di severa disfunzione ventricolare sinistra o di aritmie ventricolari minacciose o sintomatiche è necessaria la consulenza specialistica per valutare l'indicazione alla coronarografia. La coronarografia potrà essere dilazionata nei pazienti stabili in presenza di un fattore favorente la disfunzione ventricolare sinistra e/o lo SC (ipertensione arteriosa, aritmie ipercinetiche sostenute, introito alcolico) rivalutandone le indicazioni dopo la rimozione o il controllo di tali fattori. L'indicazione e l'esecuzione di procedure più complesse, come la biopsia endomiocardica, va posta nei centri di riferimento di terzo livello, con particolare esperienza nello studio dei pazienti con malattie del miocardio.

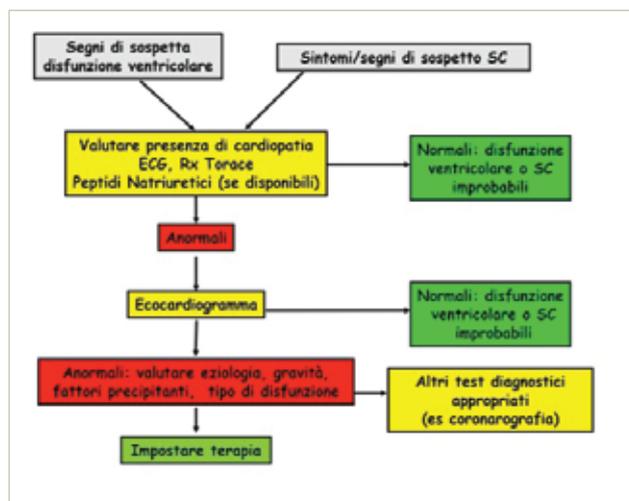


Figura 1. Diagramma di flusso per la diagnosi di SC

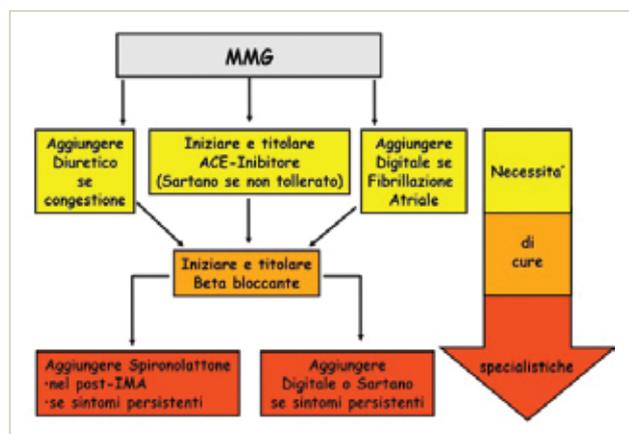


Figura 2. Impostazione della terapia farmacologica e coinvolgimento specialistico nel paziente con SC e disfunzione sistolica

LA STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA

La stratificazione prognostica andrebbe condotta in ambito di Ambulatorio specialistico. Per la corretta stadiazione di gravità appare essenziale una completa valutazione anamnestica e clinico-strumentale, che prenda in esame in particolare la storia pregressa relativa a durata della malattia, precedenti ospedalizzazioni, classe funzionale più avanzata raggiunta, severità della disfunzione e del rimodellamento ventricolare sinistro, ed eventuali patologie associate. La stratificazione prognostica è più accurata dopo un adeguato periodo di ottimizzazione della terapia, al termine del quale è opportuna una rivalutazione dell'ecocardiogramma, e probabilmente dei peptidi natriuretici.

Nei pazienti oligosintomatici, apparentemente stabili, per la più lunga potenziale aspettativa di vita e la probabilità che nel tempo possano scatenarsi eventi aritmici maggiori, talora in relazione a

fattori transitori e reversibili, è particolarmente elevato il rischio di morte improvvisa che incide in proporzione maggiore nelle classi meno avanzate della malattia.

Per la stratificazione prognostica e le misure terapeutiche per la prevenzione della morte improvvisa si rimanda alle LG pertinenti.⁶ Poiché le tachiaritmie ventricolari maligne sono molto spesso associate a coronaropatia e ad una significativa disfunzione ventricolare sinistra, è indicato in tutti i pazienti con severa disfunzione ventricolare (FE<30-35%), indipendentemente dalla presenza di sintomi, l'esecuzione della coronarografia e, in presenza di una significativa malattia coronarica, di un test d'ischemia/vitalità miocardica per porre indicazione alla rivascolarizzazione. Le indicazioni ad un impianto di defibrillatore andranno rivalutate dopo l'eventuale intervento di rivascolarizzazione. La coronarografia può non essere indicata in prima battuta, pur in presenza di una severa disfunzione ventricolare, in pazienti con bassa probabilità di cardiopatia ischemica (ad es. con familiarità per cardiomiopatia) o in presenza di fattori favorenti la disfunzione ventricolare (ad es. ipertensione arteriosa, alcool, tachiaritmie sostenute). In quest'ultimo caso, le indicazioni potranno essere confermate in caso di persistente disfunzione ventricolare anche dopo la rimozione/trattamento del/i fattore/i favorenti la disfunzione. Inoltre è fondamentale individuare nei pazienti con potenziale indicazione all'impianto dei defibrillatori fattori scatenanti concomitanti e potenzialmente rimuovibili: alterazioni del quadro elettrolitico, farmaci con effetti proaritmici quali gli stessi farmaci antiaritmici, eritromicina, claritromicina etc.

IMPOSTAZIONE DELLA TERAPIA

L'impostazione della terapia e la sua ottimizzazione in conformità con le linee guida, potranno essere svolte autonomamente dal MMG, in relazione alla specifica formazione, o con l'ausilio dello specialista, che dovrà essere consultato in situazioni complesse, quali patologie concomitanti che impongano cautela nell'uso dei farmaci raccomandati (Fig. 2).

E' stato recentemente dimostrato che l'aderenza alle LG da parte dei medici è un forte predittore di riduzione delle ospedalizzazioni per cause cardiovascolari.⁷

GESTIONE DEL FOLLOW-UP

Il follow-up del paziente ambulatoriale oligosintomatico è compito professionale del medico di medicina generale (MMG), che può concordare con lo specialista di riferimento il programma di monitoraggio personalizzato e le visite di controllo periodico da parte della struttura territoriale od ospedaliera. La gestione del follow-up periodico del MMG terrà conto dei livelli di rischio del singolo paziente e delle specifiche modalità operative del setting della Medicina Generale. Il MMG dovrebbe pianificare i controlli clinici programmando i contatti routinari (per la ripetizione delle ricette, dei controlli pressori, degli esami ematochimici e strumentali), in modo da garantire gli obiettivi del follow-up stesso: a) coinvolgimento del paziente; b) identificazione precoce di peggioramento della malattia e delle sue cause; c) costante adeguamento della terapia in termini di tipo e dosaggio di farmaci. 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, e alla verifica della stabi-

Tabella 1. Criteri di stabilità clinica nello SC

CRITERI 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 di angina o angina stabile da sforzo
- Assenza di aritmie maggiori sintomatiche (scarica defibrillatore impiantabile ≤ 1/mese)
- Capacità funzionale invariata

CRITERI DI LABORATORIO

- Funzione renale stabile (creatinemia < 2,5 mg/dl)
- Natriemia stabile (>133 mEq/L)
- Consumo massimo di O₂ senza significative variazioni (<2 ml/kg/min)

lità clinica (Tabella 1). Dovrà essere validato il ruolo dei PN come strumento ausiliario di monitoraggio per la verifica della stabilità clinica: incrementi significativi dei PN rispetto ai valori rilevati in fase di stabilità dovrebbero spingere ad ulteriori accertamenti.⁸⁻⁹ Per i pazienti con adeguato supporto assistenziale, in condizioni di stabilità in classe funzionale NYHA I-II andrebbe programmato un controllo del MMG ogni 3-6 mesi.

Durante questi controlli si dovranno verificare:

- la compliance farmacologica e non farmacologica (introito di acqua e sale, dieta in rapporto ad eventuali fattori di rischio cardiovascolare);
- lo stile di vita;
- l'uso di eventuali altri farmaci;
- le modalità d'assistenza e dell'ambiente di vita;
- la sintomatologia
- l'esame obiettivo (pressione arteriosa, polso, auscultazione cardiaca e polmonare, peso corporeo, ricerca di edemi declivi, valutazione della pressione venosa giugulare e del reflusso epato-giugulare);
- la necessità di eventuali esami ematochimici per il monitoraggio della terapia in corso o per altra patologia.

Periodicamente vanno richiesti:

- ECG;
- esami di laboratorio e strumentali appropriati al monitoraggio della terapia farmacologica, all'evoluzione della cardiopatia e al controllo dei fattori di rischio cardiovascolare;
- eventuale consulenza cardiologica.

Il timing dei controlli clinico-strumentali può variare in rapporto all'età, alla necessità di verifica della stabilità clinica o di ottimizzazione terapeutica, alla severità della disfunzione ventricolare, alla presenza di problematiche cardiologiche attive e patologie associate.

Il MMG dovrebbe gestire i provvedimenti di primo livello in caso d'instabilità che non configuri urgenza in relazioni alla gravità del quadro clinico di base. In presenza di significative modificazioni del quadro clinico il MMG dovrebbe ricorrere alla consulenza specialistica (Fig. 3).

Lo specialista cardiologo, ospedaliero o ambulatoriale, ha il compito di suggerire il piano delle indagini strumentali ed eseguire visite

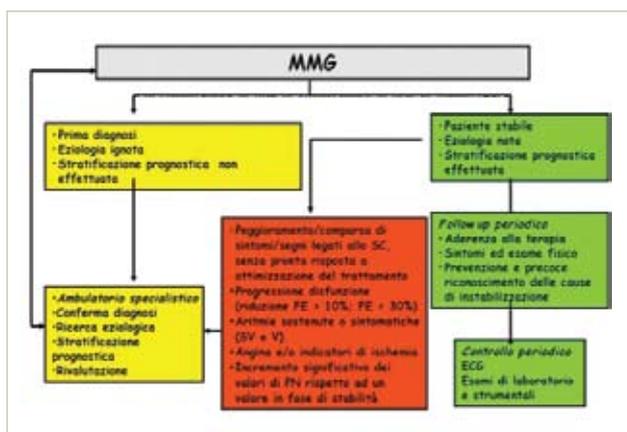


Figura 3. Piano di follow-up del paziente oligosintomatico

periodiche di controllo ed esami strumentali non invasivi nell'ambito dell'Ambulatorio SC o cardiologico generale o procedure più complesse in Day Hospital o Day Service.

L'infermiere con competenze specifiche per lo SC è importante per la continuità assistenziale sia a livello delle strutture ospedaliere (Ambulatorio SC) che in quelle territoriali (Distretto) in particolare per gli aspetti educativi del paziente e chi lo assiste. Il MMG che conosce dettagliatamente la storia clinica extracardiaca del malato, dovrà valutare la presenza di possibili fattori precipitanti potenzialmente rimuovibili, che sono alla base dell'instabilizzazione clinica in una rilevante proporzione (almeno 40%) dei casi. L'individuazione di tali fattori dovrebbe essere alla base della programmazione di un intervento terapeutico e/o di un intervento educativo mirato al problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Remes J, Miettinen H, Reunanen A, Pyorala K. Validity of clinical diagnosis of heart failure in primary health care. *Eur Heart J* 1991;12:315-321.
2. Fox KF, Cowie MR, Wood DA, Coats AJS, Poole-Wilson PA, Sutton GC. A rapid access heart failure clinic provides a prompt diagnosis and appropriate management of new heart failure presenting in the community. *Eur J Heart Fail* 2000;2:423-29.
3. Fuat A, Hugin APS, Murphy JJJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ* 2003; 326:196-201.
4. The Task Force for the diagnosis and treatment of CHF of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: full text (update 2005). *Eur Heart J* 2005;26:1115-40.
5. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1116-43.
6. Puri SG, Aliot E, Blomstrom-Lundqvist C, et al. Update of the guidelines on sudden cardiac death of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003;24:13-15.
7. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Ramon Gonzales-Juanatey J, van Veldhuisen DJ, Erdmann E, Tavazzi L, Poole-Wilson P, Le Pen C. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *Eur Heart J* 2005; 26:1653-59.
8. Doust JA, Glasziou PP, Pietrzak E, Dobson AJ. A systematic review of the diagnostic accuracy of natriuretic peptides for heart failure. *Arch Intern Med* 2004; 164:1978-84.
9. Adlam D, Silcocks P, Sparrow N. Using BNP to develop a risk score for heart failure in primary care. *Eur Heart J* 2005;26:1086-93.

Il paziente con scompenso avanzato candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare

Patient with advanced heart failure candidate for heart transplantation and/or mechanical ventricular assistance

Massimo Iacoviello

U.O. Cardiologia Universitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, Bari, Italia

Correspondence to:

Massimo Iacoviello

massimo.iacoviello@cardio.uniba.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IIPC 2009; 1, 3: 187-191

RIASSUNTO

Lo scompenso cardiaco di grado avanzato viene definito come una condizione cronica, ma non necessariamente irreversibile, caratterizzata dalla presenza di una severa limitazione della capacità funzionale e da una severa disfunzione cardiaca. La gestione del paziente con scompenso cardiaco di grado avanzato è una gestione prevalentemente specialistica. Al paziente deve essere assicurato, oltre all'utilizzo di tutti i presidi terapeutici indicati, un attento monitoraggio clinico volto a verificare l'eventuale miglioramento delle condizioni cliniche o la necessità, per il persistere del severo quadro clinico o l'ulteriore aggravamento dello stesso, di trapianto cardiaco e/o assistenza ventricolare meccanica. Qualora ciò si renda necessario il paziente dovrebbe essere inviato al centro di Riferimento Regionale per Trapianto di cuore, per verificare le indicazioni, escludere le controindicazioni ed inserire il paziente in lista attiva. Presso il Centro di Riferimento dovranno anche essere assicurate le cure in terapia intensiva, nel caso in cui il paziente si presenti in scompenso cardiaco terminale, con la possibilità di avviare le procedure per un trapianto urgente e di supportare il paziente, oltre che con i convenzionali presidi terapeutici, con l'assistenza ventricolare meccanica.

Parole chiave:

scompenso cardiaco avanzato; percorsi diagnostico-terapeutici; trapianto cardiaco

SUMMARY

Advanced heart failure is a chronic, but not necessarily irreversible condition, characterised by severe symptoms (NYHA class III-IV) and by objective evidence of severe cardiac dysfunction. A highly specialist multi-disciplinary team should be recommended for the management of patients affected by advanced heart failure. Patients should receive all available therapy and an intensive clinical follow-up aimed to assess the improvement of clinical conditions or the persistence and/or worsening of severe symptoms needing heart transplantation. In this case, the patients should be referred to the tertiary centre with a heart transplantation program in order to verify the presence of indications and the absence of contraindications to transplantation. This centre should also ensure, if necessary, the intensive care of patients, the mechanical ventricular assistance support and the procedures for urgent heart transplantation.

Key words:

advanced heart failure; heart failure management; heart transplantation

Contrariamente a patologie di analoga gravità quali quelle oncologiche, lo scompenso cardiaco non ha un andamento lineare. Non è cioè caratterizzato da una progressiva, continua e più o meno rapida perdita di funzione degli organi dopo una fase di stabilità clinica. Si caratterizza, infatti, per un andamento oscillante, contraddistinto nelle prime fasi della malattia da una instabilità clinica che viene generalmente corretta ed a cui fa seguito un periodo variabile di stabilità clinica. A tale periodo fa seguito la fase più avanzata della malattia contraddistinta da una severa limitazione

funzionale e da frequenti e ripetute fasi di instabilizzazione. E' questa la fase in cui viene definita la presenza di scompenso cardiaco di grado avanzato.

Nella Consensus Conference il paziente lo scompenso cardiaco di grado avanzato è stato definito in base alla presenza di una severa disfunzione ventricolare sinistra (frazione d'eiezione del ventricolo sinistro < 35%) e/o a significative alterazioni emodinamiche (pressione dei di incuneamento dei capillari polmonari > 20 mm Hg e pressione arteriosa diastolica > 12 mmHg, IC < 2.2

l/min/m²), con classe NYHA III-IV.¹

Un successivo documento della European Society of Cardiology (ESC) ha definito in maniera più articolata e complessa lo Scompenso Cardiaco avanzato identificandolo come una condizione cronica, ma non necessariamente irreversibile, caratterizzata dalla persistenza di una severa limitazione funzionale e disfunzione cardiaca nonostante la presenza di una terapia medica ottimale. Per definirne la presenza dovrebbero essere verificati i seguenti criteri: presenza di una classe NYHA III-IV; ricorrenti episodi di ritenzione idrica; evidenza obiettiva di una severa disfunzione cardiaca e di una severa limitazione della capacità funzionale; presenza di almeno un'ospedalizzazione per scompenso cardiaco negli ultimi 6 mesi; terapia medica ottimale.²

È importante sottolineare come, contrariamente al documento dell'ESC nella Consensus Conference non vi sia accenno nella definizione di scompenso di grado avanzato alla presenza della terapia ottimale. Nella sua definizione vengono quindi compresi i pazienti con scompenso cardiaco di grado severo indipendentemente dalla presenza di una terapia ottimale.

Nel prosieguo del testo si utilizzerà il termine di scompenso cardiaco avanzato in conformità con la definizione della Consensus Conference. Questa scelta è mutuata dal fatto che accomunare in un unico gruppo i pazienti che si presentino con un quadro di scompenso particolarmente severo risulta essere di maggiore utilità pratica considerando che i percorsi gestionali sono sostanzialmente comuni, indipendentemente dalla terapia che stanno ricevendo.

Va, infine, ricordato che lo scompenso cardiaco avanzato va distinto dallo scompenso cardiaco refrattario o stadio D delle linee guida dell'AHA/ACC, che è caratterizzato dalla presenza di marcati sintomi a riposo o per sforzi minimi nonostante terapia medica ottimale³ e dallo scompenso cardiaco terminale, che è definito come quella fase dello scompenso nella quale la patologia è in uno stadio estremamente avanzato e non è suscettibile ad alcun miglioramento con il trattamento convenzionale. Sono questi i pazienti che necessitano di assistenza meccanica e/o del trapianto di cuore o, qualora per questi non vi fossero le indicazioni, delle cure palliative.

I PERCORSI DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO

Il paziente con scompenso avanzato eventualmente candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare è un paziente che è prevalentemente in carico alle cure specialistiche cardiologiche.¹ Per tali pazienti è necessario prevedere percorsi diagnostico terapeutici particolarmente intensi al fine di ottimizzarne la terapia, di verificarne la stabilità delle condizioni emodinamiche individuando precocemente le fasi di instabilità.

Gestione del paziente con scompenso cardiaco avanzato. Il paziente con scompenso cardiaco di grado avanzato dovrebbe essere gestito in regime di ricovero o ambulatorialmente a seconda delle sue condizioni cliniche. Un'equipe medica con approccio multidisciplinare dovrebbe garantire a tali pazienti la migliore assistenza.

Le finalità della gestione del paziente sono rappresentate dal completamento dell'inquadramento diagnostico (ove necessario), da una completa stratificazione prognostica, dall'educazione del

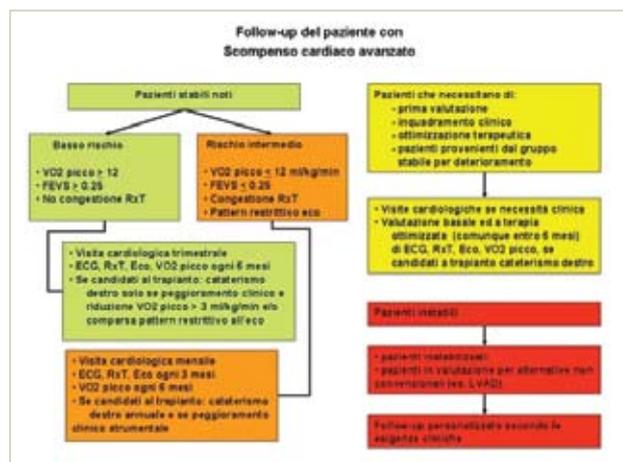


Figura 1. Follow-up del paziente con scompenso cardiaco di grado avanzato (modif. da Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. G Italiano Cardiologia 2006;7:387-432). Eco: ecocardiogramma. FEVS: frazione d'iezione del ventricolo sinistro. RxT: radiografia del torace. VO2picco: picco del consumo di ossigeno al test cardiopolmonare da sforzo.

paziente, dall'attento monitoraggio clinico volto ad identificare i potenziali fattori determinanti instabilità cliniche ed ad individuare precocemente la loro insorgenza, dalla ottimizzazione della terapia cardiovascolare e delle eventuali comorbilità presenti. Al momento della presa in carico del paziente da parte della struttura di riferimento sarebbe opportuno che venga elaborato un piano diagnostico-terapeutico individualizzato per ciascun paziente. La frequenza delle osservazioni ed il tipo di esami da eseguire da parte dell'Unità Scompenso di riferimento a seconda delle condizioni cliniche del paziente sono presentati in Figura 1.

Il personale infermieristico dell'Unità Scompenso, cui il paziente con scompenso cardiaco avanzato afferisce, collabora all'educazione dei pazienti e dei loro familiari, partecipa all'assistenza ed alla somministrazione dei farmaci ai pazienti che afferiscono in ambulatorio, partecipa al follow-up telefonico del paziente, eseguendo anche un'attività di filtro per le chiamate provenienti dai pazienti.

Il medico di medicina generale entra in gioco nella gestione del paziente nelle fasi di stabilità clinica e dopo la definizione del suo piano diagnostico terapeutico. Supporta ed interagisce la gestione domiciliare ove presente (ADI) condividendo il programma assistenziale. Collabora alla gestione delle problematiche non cardiologiche, che spesso vengono comunque indagate e gestite a livello ospedaliero.

Particolarmente utile al fine di raggiungere questi obiettivi è lo strumento dei ricoveri in regime di Day-Hospital (DH), regolamentati in Puglia da una recente normativa (G.R. n. 1154 e n. 1155 dello 01.07.2008). I ricoveri in regime di DH sono riservati al paziente con scompenso cardiaco recentemente instabilizzato ed al paziente con scompenso cardiaco di grado avanzato e/o instabilizzato. Nell'ambito del DH è prevista la possibilità di eseguire una completa routine ematochimica con determinazione del BNP o dello NT-proBNP, un Rx-Torace, un ecocardiografia-Doppler, un test della marcia dei 6 minuti e/o test cardiopolmonare, un ECG dinamico delle 24 ore sec. Holter, un controllo elettronico di device impiantato, un ecocolor-Doppler vascolare, una valutazione Spirometria. È inoltre prevista: la possibilità di eseguire un programma educativo indirizzato al

paziente ed ai familiari ed un corretto inquadramento dietetico (cod. 9336); la comunicazione del programma diagnostico-terapeutico al medico di medicina generale (cod. 8903); la possibilità, infine, di somministrazione di farmaci per os (nell'inizio e titolazione dei beta-bloccanti e/o ACE-inibitori e/o Spartani nei gruppi a rischio) o per via endovenosa per il controllo delle instabilità lievi. La possibilità di consulenze multispecialistiche garantisce, infine, l'approccio multidisciplinare del paziente.

Il protocollo diagnostico-terapeutico del paziente con scompenso cardiaco avanzato dovrebbe prevedere oltre al tradizionale monitoraggio clinico – strumentale l'attivazione, ove possibile, di sistemi di telemonitoraggio capaci di assicurare, potenzialmente, un monitoraggio più intensivo e domiciliare del paziente.

Nei pazienti con scompenso cardiaco avanzato dovrebbero essere previsti, infine, periodi di riabilitazione degenziale, di durata compresa tra le 2 e le 6 settimane, in particolare dopo un'ospedalizzazione prolungata per instabilità emodinamica, al fine di ottenere ulteriore stabilizzazione clinica, limitando le conseguenze fisiologiche e psicologiche della fase avanzata della patologia e di migliorare globalmente la capacità funzionale.

I PERCORSI DEL PAZIENTE CANDIDATO A TRAPIANTO DI CUORE

Solo una percentuale piccola di pazienti con scompenso cardiaco avanzato soddisfa i criteri per essere candidata a trapianto e, generalmente, il numero di tali pazienti rimane comunque superiore rispetto a quello dei donatori. Il trapianto cardiaco è, inoltre, una terapia gravata da dai costi elevati e da un rischio non trascurabile di complicanze gravi sia a breve che a lungo termine. Se a ciò si aggiunge la considerazione che il progressivo miglioramento della terapia dello scompenso cardiaco cronico ha consentito di miglio-

rare sensibilmente la prognosi dei pazienti affetti da scompenso cardiaco di grado avanzato candidabili a trapianto⁴, si comprende perché sia necessario utilizzare dei criteri particolarmente restrittivi per la candidatura a trapianto di cuore, privilegiando i pazienti con scompenso cardiaco avanzato realmente refrattario.⁵

Indicazioni e controindicazioni al trapianto di cuore. Di seguito sono riportati i requisiti per l'ingresso in lista attiva per trapianto di cuore previsti dal protocollo trapianto di cuore dell'unico centro attivo in Puglia, quello dell'UO di Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria del Policlinico di Bari. Tali criteri, conformi a quelli delle più recenti linee Guida internazionali^{3,5} sono rappresentati dalla presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- Scompenso cardiaco con grave compromissione emodinamica
- Severi sintomi di ischemia limitanti l'attività quotidiana non trattabile mediante rivascolarizzazione miocardica con angioplastica coronarica percutanea o by-pass aorto-coronarico.
- Aritmie ventricolari sostenute ricorrenti e refrattarie a tutte le terapie.

Nella tabella 1 sono precisati i criteri per la definizione di uno scompenso cardiaco con grave compromissione emodinamica. I pazienti che rientrano in tale gruppo possono essere distinti in pazienti ambulatoriali e pazienti con un grave deterioramento emodinamico che rende necessaria l'ospedalizzazione e che ha portato ad shock e/o a dipendenza da inotropi e/o terapia infusionale e/o assistenza meccanica/ventilatoria. Se per questi ultimi l'indicazione all'inserimento in lista attiva per trapianto di cuore è generalmente resa evidente dalle gravi condizioni emodinamiche, per l'altro gruppo di pazienti, quelli ambulatoriali con scompenso cardiaco di grado avanzato, la definizione del timing di inserimento in lista attiva è particolarmente difficile per la assenza di criteri clinico-strumentali capaci di definire con particolare precisione la prognosi dei pazienti.

Certamente fra gli esami strumentali utili a definire l'ingresso in lista attiva il test cardiopolmonare da sforzo occupa un posto di primo piano.⁵ La valutazione del picco di consumo di ossigeno durante sforzo è, infatti, in grado di definire un gruppo di pazienti a più elevato rischio di mortalità, seppure con cut-off differenti a seconda della presenza della terapia beta-bloccante.⁶ Vanno, tuttavia, finalizzati a rendere più efficace l'utilizzo del test cardiopolmonare per definire l'ingresso in lista attiva. Il risultato del test cardiopolmonare potrebbe essere fortemente influenzato dallo stato di condizionamento muscolare dei pazienti. Sarebbe pertanto opportuno ripetere il test dopo un ciclo di riabilitazione cardiovascolare, qualora il VO₂ picco bassa sia imputabile a decondizionamento muscolare. Il VO₂ di picco ha, inoltre, maggiore rilevanza prognostica qualora venga superata durante il test la soglia anaerobia (Respiratory Exchange Ratio, RER>1.05.⁵ Nel caso in cui non venga raggiunta la soglia anaerobia potrebbe essere utile fare riferimento alla pendenza della Ve/VCO₂ che se > 35 identifica in maniera incrementale ed indipendente un gruppo a più alto rischio.⁷ E' importante, inoltre, in presenza di eccesso ponderale la correzione per la massa magra.

Il dato strumentale proveniente da un test cardiopolmonare da sforzo non può comunque in alcun modo essere considerato isolatamente e ritenuto sufficiente per porre indicazione all'in-

Tabella 1. Criteri per l'inserimento in lista attiva per trapianto di cuore in presenza di uno scompenso cardiaco di grado avanzato

Criteri per lo scompenso cardiaco di grado avanzato candidabile a trapianto

- shock cardiogeno refrattario alla terapia;
- scompenso cardiaco sostenuto da una cardiopatia non trattabile chirurgicamente, con documentata dipendenza da supporto inotropo endovenoso e/o meccanico;
- scompenso cardiaco in gestione ambulatoriale con severa compromissione funzionale (classe NYHA III-IV) nonostante terapia medica ottimale in presenza di*:
 - VO₂ picco <12 ml/kg/min con RER>1.05 (beta-bloccante)
 - VO₂ picco <14 ml/kg/min con RER >1.05 (senza beta-bloccante);
 - VO₂ picco compromesso ad un test sottomassimale con Ve/VCO₂ >35;
 - VO₂ picco compreso fra 12 e 14 con HFSS indicativo di alto rischio
- incapacità di eseguire un test da sforzo o impossibilità di determinare durante sforzo il picco di VO₂ per la severa limitazione funzionale.
- Deve, inoltre, essere documentata nell'ultimo anno la presenza di deterioramento emodinamico (v. testo).

Abbreviazioni: VO₂ picco: picco di consumo di ossigeno al test cardiopolmonare da sforzo; RER: Respiratory Exchange Ratio; HFSS: Heart Failure Survival Score.

- Deve, inoltre, essere documentata nell'ultimo anno la presenza di deterioramento emodinamico (v. testo).

Abbreviazioni: VO₂ picco: picco di consumo di ossigeno al test cardiopolmonare da sforzo; RER: Respiratory Exchange Ratio; HFSS: Heart Failure Survival Score.

Tabella 2. Controindicazioni assolute e relative al trapianto di cuore

Controindicazioni assolute

- età >70 anni
- abuso di alcool o di droghe
- assenza di compliance da parte del paziente
- malattie mentali croniche non controllabili con la terapia
- neoplasia maligna in fase di remissione completa ad un follow-up <5 anni (salvo diverso parere dello specialista oncologo)
- malattie sistemiche con coinvolgimento multiorgano
- infezioni in fase attiva
- infezione da HIV
- ipertensione polmonare irreversibile
- ulcera peptica in fase attiva;
- recente complicanza tromboembolica (<6 settimane);
- insufficienza epatica irreversibile;
- altre patologie con scarsa aspettativa di vita (<5 anni).

Controindicazioni relative

- insufficienza renale severa
- Fumo di sigarette
- broncopneumopatia cronica con severe alterazioni funzionali;
- malattia diabetica non controllata (Hb glicata >7.5);
- obesità (BMI>30);
- severa vasculopatia cronica periferica e carotideica
- severa osteoporosi

serimento in lista attiva.⁵ E' di estrema importanza integrare il risultato del test cardiopolmonare con gli altri parametri clinici di rilievo prognostico. In tale ambito potrebbe essere utile nei casi dubbi l'integrazione con uno score clinico (Heart Failure Survival Score, HFSS) che si è mostrato capace di stratificare la prognosi nei pazienti con scompenso cardiaco indipendentemente dalla presenza della terapia betabloccante.⁸⁻⁹ Lo HFSS viene calcolato sommando i prodotti delle seguenti variabili per i rispettivi coefficienti: la presenza di cardiopatia ischemica, la frazione d'eiezione del ventricolo sinistro, la frequenza cardiaca a riposo, la pressione arteriosa media, la durata del QRS > 120 msec, la natremia. A seconda dei valori di HFSS è possibile definire un gruppo ad alto, medio e basso rischio.

Oltre alla integrazione delle altre variabili cliniche mediante il calcolo dello HFSS è importante considerare la presenza, negli ultimi 6-12 mesi di osservazione, di almeno un episodio di deterioramento emodinamico, non dovuto alla scarsa compliance del paziente alla terapia medica, e che abbia reso necessario l'aumento stabile della posologia del diuretico, l'infusione periodica di inotropi, l'ospedalizzazione per riacutizzazione dello scompenso cardiaco.

In tabella 2 sono mostrate le controindicazioni assolute e relative al trapianto di cuore. Fra queste ha particolare rilievo la presenza di ipertensione polmonare secondaria, esplorabile esclusivamente mediante cateterismo cardiaco destro. Il cateterismo destro dovrebbe essere eseguito in tutti i pazienti candidati al trapianto di cuore⁵ e dovrebbe essere ripetuto ogni 3-6 mesi soprattutto in presenza di ipertensione polmonare reversibile o peggioramento dei sintomi di scompenso.

L'ipertensione polmonare viene considerata irreversibile quando,

dopo terapia aggressiva con inotropi e/o vasodilatatori, le resistenze polmonari >5 unità Wood e/o resistenze polmonari indicizzate per il CI > 6 e/o gradiente transpolmonare medio >15 mm Hg; pressione arteriosa polmonare sistolica >60 mm Hg in presenza di uno dei tre criteri precedenti; riduzione delle resistenze polmonari al di sotto delle 2.5 U Wood ma in presenza di caduta della pressione arteriosa sistemica sistolica al di sotto degli 85 mm Hg.⁵

Gestione del paziente candidato al trapianto di cuore. Il paziente candidabile al trapianto sarà gestito in regime di ricovero ordinario, di Day-Hospital o ambulatorialmente, a seconda delle sue condizioni cliniche, nei centri di II e III livello.

Il paziente ambulatoriale in fase di stabilità candidabile al trapianto dovrebbe essere inviato per valutazione presso il centro regionale di III livello ed essere cogestito con i centri di afferenza. Qualora la valutazione del centro di III livello ponga indicazione all'ingresso in lista attiva per trapianto di cuore, il paziente potrà eseguire gli esami previsti dallo screening presso il centro di II livello di afferenza o presso il centro di III livello. In tale centro dovrà necessariamente eseguire il cateterismo cardiaco destro e gli esami di immuno-istocompatibilità. La continua interazione centri di II e III livello, con un programma di follow-up condiviso, garantisce, per il paziente senza le caratteristiche di inserimento in lista urgente, una assistenza intensiva e continuativa con frequenti controlli cardiologici. Nel periodo di valutazione per verificare la possibilità di candidare il paziente a trapianto di cuore, oltre agli esami previsti nello screening volti ad identificare eventuali controindicazioni o fattori di rischio, sarà necessaria la ricerca di stabilizzazione mediante la terapia medica e la continua verifica degli indicatori prognostici per valutare la persistenza dell'indicazione, in assenza di miglioramenti clinici di rilievo. Per le ragioni sopraelencate il paziente candidabile a trapianto di cuore dovrebbe ricevere analogamente a quanto sopra riportato per il paziente con scompenso cardiaco avanzato delle valutazioni frequenti, almeno a cadenza mensile. Andrà inoltre eseguito un ecocardiogramma trimestrale, un test cardiopolmonare semestrale ed un cateterismo destro annuale o in presenza di variazioni emodinamiche di rilievo (Figura 1).

Il paziente candidabile al trapianto instabile dovrebbe essere ricoverato presso il centro di II livello di afferenza o presso il centro di III livello. Nelle Unità di Terapia Intensiva di quest'ultimo il paziente dovrà necessariamente afferire qualora le condizioni cliniche rendano necessaria l'assistenza meccanica e/o un trapianto cardiaco urgente.

La lista d'attesa del Centro Trapianti di Riferimento della Puglia è dimensionata sulla previsione della disponibilità di donatori. L'immissione in lista attiva trapianto nel Centro di Bari si basa su riunioni programmate mensili o urgenti cui partecipano i cardiologi ed i cardiocirurghi dedicati al programma di trapianto di cuore. Nelle stesse riunioni viene decisa la sospensione temporanea o definitiva dalla lista attiva qualora si verifichi miglioramento delle condizioni cliniche dei pazienti.

Secondo le indicazioni del Centro Nazionale Trapianti i pazienti in lista attiva vengono classificati in base alle condizioni cliniche in categorie o status:

Status 1: pazienti ricoverati presso un centro di trapianto o una struttura ad esso collegata e che necessitano di almeno uno

dei seguenti dispositivi o terapie: assistenza ventricolare destra o biventricolare, o con pompa centrifuga; assistenza ventricolare sinistra con complicanze legate al supporto, quali tromboembolismo, infezione del device, insufficienza meccanica e/o aritmie ventricolari; cuore artificiale con complicanze; pompa intraortica; ECMO; ventilazione meccanica; ritrapianto per graft failure.

Status 2A: pazienti che necessitano di almeno uno dei seguenti dispositivi o terapie: assistenza ventricolare sinistra (non complicata); terapia infusionale continua con inotropi; pazienti con IACD e aritmie ventricolari recidivanti.

Status 2B: pazienti in attesa di trapianto che non rientrano nelle condizioni cliniche definite dallo status 1 e 2A.

Status 3: pazienti iscritti in lista di attesa per trapianto di cuore, ma momentaneamente sospesi.

Quando si segnala la disponibilità di un donatore, il cardiocirurgo responsabile della lista d'attesa effettua una prima selezione dei possibili candidati considerando l'identità del gruppo sanguigno ABO; la compatibilità di taglia; l'età (si cerca di contenere la differenza di età tra donatore e ricevente e di attribuire i donatori più giovani di età <30 anni a candidati di età <45 anni, viceversa a candidati >60 anni vengono attribuiti donatori anziani).

La gestione del paziente dopo il trapianto è compito delle UO del Centro di III livello.

Per il paziente con scompenso cardiaco avanzato che risulti refrattario alla terapia dovrebbero essere previsti dei percorsi diagnostico-terapeutici che prevedano la possibilità, presso il centro di III livello, di un'assistenza ventricolare meccanica. Tale assistenza dovrebbe poter essere utilizzata secondo le attuali indicazioni ovvero come: ponte al trapianto di cuore, ponte al recupero (qualora sia atteso un recupero della funzionalità cardiaca); ponte al ponte (utilizzo di assistenza ventricolare a breve termine e successivo impianto di device a lungo termine); supporto meccanico permanente (in alternativa al trapianto di cuore ove sussistano controindicazioni).¹⁰⁻¹¹ In questo ambito la selezione del paziente è particolarmente difficile, mancando univoche indicazioni all'utilizzo dell'assistenza meccanica. In generale vi si dovrebbe ricorrere quando lo scompenso è diventato refrattario prima che si instauri un quadro di insufficienza multiorgano che ne pregiudichi l'utilizzo.¹⁰ La gestione domiciliare del paziente sottoposto ad assistenza meccanica è affidata al centro di III livello di riferimento che pianifica controlli particolarmente ravvicinati. Si basa, inoltre, sull'addestramento del paziente e dei suoi familiari a gestire i problemi pratici del supporto meccanico, alla registrazione quotidiana dei parametri del device e dei principali parametri vitali, al riconoscimento e segnalazione di eventuali allarmi.

BIBLIOGRAFIA

1. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Italiano Cardiologia* 2006;7:387-432.
2. Metra M, Ponikowski P, Dickstein K, McMurray JJ, Gavazzi A, Bergh CH, Fraser AG, Jaarsma T, Pitsis A, Mohacs P, Böhm M, Anker S, Dargie H, Brutsaert D, Komajda M; Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Advanced chronic heart failure: A position statement from the Study Group on Advanced Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2007;9:684-94.
3. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult-summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association. Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1116-43.
4. Butler J, Khadim G, Paul KM, Davis SF, Kronenberg MW, Chomsky DB, Pierson RN 3rd, Wilson JR. Selection of patients for heart transplantation in the current era of heart failure therapy. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:787-93.
5. Mehra MR, Kobashigawa J, Starling R, Russell S, Uber PA, Parameshwar J, Mohacs P, Augustine S, Aaronson K, Barr M. Listing criteria for heart transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation guidelines for the care of cardiac transplant candidates--2006. *J Heart Lung Transplant* 2006;25:1024-42.
6. Peterson LR, Schechtman KB, Ewald GA, Geltman EM, Meyer T, Krekeler P, Rogers JG. The effect of beta-adrenergic blockers on the prognostic value of peak exercise oxygen uptake in patients with heart failure. *J Heart Lung Transplant.* 2003;22:70-7.
7. Francis DP, Shamim W, Davies LC, Piepoli MF, Ponikowski P, Anker SD, Coats AJ. Cardiopulmonary exercise testing for prognosis in chronic heart failure: continuous and independent prognostic value from VE/VCO(2) slope and peak VO(2). *Eur Heart J* 2000;21:154-61.
8. Aaronson KD, Schwartz JS, Chen TM, Wong KL, Goin JE, Mancini DM. Development and prospective validation of a clinical index to predict survival in ambulatory patients referred for cardiac transplant evaluation. *Circulation* 1997;95:2660-7.
9. Lund LH, Aaronson KD, Mancini DM. Predicting survival in ambulatory patients with severe heart failure on beta-blocker therapy. *Am J Cardiol* 2003;92:1350-4.
10. Stevenson LW, Rose EA. Left ventricular assist devices: bridges to transplantation, recovery, and destination for whom? *Circulation* 2003;108:3059-63.
11. Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, et al. Long-term mechanical left ventricular assistance for end-stage heart failure. *N Engl J Med* 2001;345:1435-43.

Il paziente anziano con comorbidità e/o fragile

Elderly patients with comorbidity and/or frailty

Maria Chirico¹, Immacolata Pavese², Francesco Torres³

¹“Consorzio San Raffaele” Puglia, Modugno (Ba)

²Distretto Socio-Sanitario n. 8, ASL Bari

³Struttura complessa di Geriatria Ospedale di Conversano, Bari

Correspondence to:

Maria Chirico

maria.chirico-md@libero.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved

IIPC 2009; 1, 3: 192-195

RIASSUNTO

Lo scompenso cardiaco rappresenta una complessa sindrome clinica la cui natura eterogenea trova la sua massima espressione nei soggetti anziani. La diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco nel paziente anziano può rappresentare frequentemente una sfida molto ardua per il clinico. Sintomi e segni, infatti, sono spesso aspecifici ed atipici e le frequenti comorbidità, confondendo il quadro clinico, possono rendere difficile la valutazione diagnostica. Anche il trattamento farmacologico dello scompenso cardiaco nell'anziano con comorbidità e/o fragile può rappresentare un serio problema. Le evidenze disponibili indicano che modelli gestionali improntati sulla valutazione multidimensionale e su un approccio multidisciplinare possono giocare un ruolo determinante sugli outcome e sulla qualità ed i costi dell'assistenza. La valutazione multidimensionale deve comprendere uno studio del grado di autonomia funzionale nello svolgimento delle attività del vivere quotidiano, dello status psico-cognitivo e delle condizioni socio-ambientali. L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), consapevole del ruolo centrale, ma non esclusivo del cardiologo nella cura dello SC, ha promosso nel 2006 una Consensus Conference fra le varie Società Scientifiche per ridefinire i ruoli e le responsabilità professionali nell'ambito di una nuova ed efficiente rete assistenziale al paziente cronico. Ne è nato un documento, rivolto ad operatori e rappresentanti delle istituzioni sanitarie, il cui sostegno e indirizzo è cruciale per avviare e implementare le strategie assistenziali proposte.

I pazienti di sesso femminile e gli anziani non sono stati adeguatamente rappresentati nei grandi trial clinici; queste due popolazioni necessitano pertanto di ulteriori valutazioni "evidence-based" soprattutto in merito alle strategie terapeutiche. Specifici studi clinici e rigorosi studi osservazionali sono necessari per implementare le attuali linee guida per la diagnosi ed il trattamento dello scompenso cardiaco nel paziente anziano.

Parole chiave:

scompenso cardiaco; anziano fragile; comorbidità; valutazione multidimensionale

SUMMARY

Heart failure is a complex and heterogeneous clinical syndrome largely expressed in elderly. Diagnosis and treatment of heart failure in old people frequently represent a clinical challenge. Non-specific and non-typical symptoms and signs and confounding comorbidity conditions are common in elderly and may obscure the clinical view, complicating the diagnosis. Also therapy of heart failure in frail and comorbidity old patients may be difficult. Available evidence suggests that multidimensional geriatric assessment and multidisciplinary interventions may play an important role in determining patients outcomes and overall quality and cost of care. Geriatric assessment must include the evaluation of functional ability in activities of daily living, psycho-cognitive status and environmental and financial factors.

In order to redefine the role and core responsibilities of each health professionals involved in HF management in a novel integrated network, the Italian Association of Hospital Cardiologists promoted, in 2006, a Consensus Conference among professional Scientific Societies, targeted to improve patient care. This document reports the Conference proceedings and builds on existing guidelines to define care pathways for heart failure patients. An integrated and multidisciplinary network was defined as mainstay of heart failure management. Females and the elderly have not been adequately represented in clinical trials and there is a need of further evidence-based treatments in these two populations. Targeted clinical trials and rigorous observational studies to implement specific guidelines for the diagnosis and treatment of elderly heart failure patients are needed.

Key words:

heart failure; frail elderly; comorbidity; multidimensional geriatric assessment

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta una complessa sindrome clinica la cui natura eterogenea trova la sua massima espressione nei soggetti anziani.

Nell'anziano, infatti, e soprattutto negli ultraottantenni, si raggiungono i maggiori gradi di variabilità sia in termini clinici che prognostici. Ne consegue che, sebbene l'iter diagnostico-terapeutico per lo SC nell'anziano non differisca significativamente da quello dell'adulto, la frequente aspecificità e atipicità dei sintomi e le frequenti comorbidità possono confondere l'interpretazione del quadro clinico e rendere più complicato il trattamento farmacologico.

La complessità diagnostica espone ovviamente al rischio sia di una sovrastima che di una sottostima della patologia.¹ Questo apparente paradosso si spiega con il fatto che "sintomi tipici" di SC quali l'astenia, l'affaticabilità e la dispnea da sforzo, nell'anziano possono essere secondari ad altre condizioni quali l'anemia, le pneumopatie croniche, il decondizionamento fisico, l'ipotono-trofismo muscolare. Allo stesso modo, "segnali tipici" di SC quali gli edemi declivi o i rantoli polmonari possono essere causati da insufficienza venosa cronica, malnutrizione con ipoalbuminemia, sedentarietà, sindrome da allettamento, pneumopatie croniche. A tutto ciò si aggiunga il fatto che l'anziano con SC è spesso un "anziano fragile" cioè cronicamente affetto da patologie multiple, con ridotto livello di autonomia funzionale, frequentemente disabile, talvolta demente ed in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche socio-economiche ed ambientali.² La diagnosi di SC nell'anziano, quindi, rappresenta spesso una sfida molto ardua per il clinico, soprattutto negli stadi iniziali di malattia e nelle forme di SC con conservata frazione di eiezione.

La complessità terapeutica e le incertezze del trattamento farmacologico, d'altra parte, non sono frutto solo della oggettiva difficoltà di dover gestire soggetti che, per l'elevata comorbidità, sono sottoposti quasi inevitabilmente a polifarmacoterapie (con accresciuta probabilità di interazioni sfavorevoli), ma dipendono anche dal fatto che le attuali raccomandazioni terapeutiche "evidence-based" si basano sui risultati di grandi trials clinici condotti su popolazioni nelle quali risultano invariabilmente sottorappresentati i soggetti più anziani e le donne. I pazienti arruolati negli studi clinici attuali hanno, infatti, caratteristiche profondamente diverse dai pazienti scompensati del mondo reale; in particolare presentano una età media inferiore ai 65 anni (l'età superiore ai 75 anni è generalmente considerata nei trials criterio di esclusione), non hanno comorbidità (anche questo rappresenta uno dei criteri di esclusione!) e presentano un'elevata compliance terapeutica.³ La sostanziale mancanza di evidenze dirette e, conseguentemente, di raccomandazioni specifiche relative ai soggetti di età superiore ai 65 anni è, ancora una volta, un "paradosso geriatrico" se si considera che la realtà quotidiana vede la proporzione degli anziani con SC non solo assolutamente preponderante rispetto agli adulti, ma anche in continuo aumento.

Lo scompenso cardiaco, infatti, è una patologia età-correlata la cui incidenza e prevalenza aumenta in maniera esponenziale con gli anni. L'invecchiamento della popolazione registrato negli ultimi decenni, associato alla riduzione della mortalità per le patologie cardiovascolari che evolvono verso lo scompenso, hanno determinato un tale incremento epidemiologico di questa patologia

da indurre Michael Rich a definirla nel 2001 la "sindrome cardiogeriatrica del XXI secolo".⁴ Se si considerano poi gli attuali profili sociodemografici delle popolazioni occidentali, ivi inclusa quella italiana, e le proiezioni demografiche per gli anni futuri, si può comprendere come sia in atto una vera e propria "pandemia" a cui sarà tassativo rispondere con misure adeguate, sia sul piano preventivo che terapeutico ed organizzativo.⁵

L'insufficienza della tradizionale assistenza familiare, l'assenza di continuità assistenziale tra ospedale e territorio e la necessità di contenere la spesa sanitaria ha indotto nel 2006 l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) a promuovere una Consensus Conference fra le Società Scientifiche, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, per ridefinire i ruoli e le responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nell'ambito della rete assistenziale al paziente con SC.⁶ Ne è nato un documento rivolto a tutti gli operatori impegnati nel settore ed in cui una vasta sezione è dedicata proprio al paziente anziano, delineandone i criteri di indirizzo nel percorso assistenziale, soprattutto quando comorbidità, fragilità e disabilità condizionano l'intensità dell'approccio al paziente sia sul piano diagnostico che terapeutico (Tab. 1).

Attualmente, lo SC rappresenta il motivo più frequente di ricovero nell'anziano e la patologia cardiovascolare più dispendiosa sul piano economico.⁷ L'analisi dei ricoveri ospedalieri nazionali del database del Ministero della Salute mostra che il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) è divenuto in Italia nel 2003 la prima causa di ricovero dopo il parto naturale e che lo SC rappresenta la patologia che assorbe la maggiore quantità di risorse economiche per l'assistenza ospedaliera. Il 30% dei ricoveri ospedalieri per SC sono in realtà ricoveri ripetuti. Questo dato indica come un'azione di prevenzione secondaria, indirizzata a ridurre il numero delle ri-ospedalizzazioni, potrebbe da sola consentire un risparmio di grande rilevanza nell'utilizzo delle risorse economiche del paese.⁶

Una metanalisi condotta su 11 studi randomizzati, realizzati sui modelli gestionali per pazienti anziani con SC, ha suggerito che il modello più efficace nella riduzione delle ospedalizzazioni è rappresentato da

Tabella 1. Consensus Conference Giugno 2006: Il paziente anziano con scompenso cardiaco

- L'eterogeneità clinica e la complessità dell'anziano con SC sono legate non solo all'entità della compromissione cardiocircolatoria, ma anche alla dinamica interazione tra processo di invecchiamento, comorbidità, stato funzionale e psicocognitivo e fattori socioambientali.
- L'obiettivo principale della strategia gestionale per l'anziano dovrebbe essere il mantenimento del miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psicofisica e di autonomia funzionale.
- L'utilizzo sistematico della valutazione multidimensionale consente di attivare i percorsi più funzionali ai bisogni assistenziali dell'anziano con SC.
- A livello intraospedaliero il percorso dell'anziano con SC dovrebbe prevedere un approccio multidisciplinare con protocolli condivisi nelle diverse unità di degenza.
- Ambulatori specialistici, impostati su una gestione multidisciplinare in cui convergano competenze cardiologiche, internistiche e geriatriche, dovrebbero essere deputati alla gestione precoce della fase post-dimissione.
- A livello territoriale il medico di medicina generale è il responsabile della gestione clinica e imposta il percorso di controllo periodico del paziente con il supporto di altre figure professionali e delle UVG, laddove presenti, nell'ambito di una gestione multidisciplinare.

quello multidisciplinare, confermando che un programma globale di pianificazione e assistenza post-dimissione riduce le ri-ospedalizzazioni e può migliorare altri outcome, come la mortalità totale, la disabilità, la qualità della vita ed i costi delle cure.⁸

La valutazione multidimensionale dell'anziano con SC⁹ rappresenta quindi la strategia di approccio globale che consente di avviare un processo diagnostico interdisciplinare finalizzato alla quantificazione dei problemi medici, psico-cognitivi, socio-economici e della capacità funzionale residua dell'individuo anziano e che mira alla realizzazione di un piano personalizzato di terapia e follow-up a breve e lungo termine, indirizzando dinamicamente il paziente al setting assistenziale più appropriato: ambulatorio, day-hospital, lungodegenza, Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Residenze Socio-Sanitarie Assistenziali (RSSA), Hospice e cure domiciliari (ADI).¹⁰

Il processo di indirizzo ad un determinato setting assistenziale è, infatti, uno snodo critico: il paziente anziano scompensato con comorbidità e/o fragile dovrà essere orientato verso un percorso integrato ospedale-territorio di assistenza continuativa, rivolto alla attenuazione della sintomatologia e al mantenimento del migliore livello di qualità di vita possibile.⁶ Solo attraverso la valutazione multidimensionale, la gestione interdisciplinare e la integrazione transmurale ospedale-territorio si potranno tracciare per questi pazienti i percorsi diagnostico-terapeutici più appropriati e mettere in atto strategie di intervento "geriatricamente" contestualizzate nella complessità della comorbidità e della fragilità tipiche di questa fascia di età.

Sono parte integrante dei programmi l'educazione di paziente e caregiver, la sorveglianza infermieristica domiciliare o ambulatoriale volta a controllare le complicanze ed i fattori precipitanti e a cogliere le prime avvisaglie di instabilizzazione, il data set standardizzato e specifico, la qualificazione-formazione dei professionisti, la comunicazione in rete e tutti i presidi e le facilitazioni della telemedicina.¹¹

Il documento della Consensus Conference, infine, indica gli elementi di specificità dell'iter diagnostico-terapeutico per la gestione del paziente anziano comorbido e/o fragile, mutuando le raccomandazioni dalle linee guida della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria sulla valutazione multidimensionale:¹²

Diagnosi:

- L'iter diagnostico per lo SC nell'anziano non differisce significativamente da quello dell'adulto, benché i sintomi spesso atipici e le frequenti comorbidità possano confondere l'interpretazione del quadro clinico. Dovrebbe essere valutato sistematicamente e periodicamente monitorato lo stato cognitivo.
- Stratificazione del rischio: non differisce da quella del paziente adulto, salvo il fatto che andranno considerate anche variabili specifiche, come la disabilità, il deficit cognitivo e la fragilità.
- La performance fisica declina con l'età e correla inversamente con la fragilità. In soggetti non disabili, il test del cammino (6' Walking-test), la velocità nell'alzarsi da una sedia e test d'equilibrio sono predittivi di disabilità e ridotta longevità.

Terapia:

- Il problema terapeutico degli anziani e dei soggetti con comor-

Tabella 2. Linee Guida ESC per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico 2008: Il paziente anziano

- Nella maggior parte degli studi clinici sono stati arruolati pazienti non anziani con un'età media di circa 61 anni e solitamente il 70% era di sesso maschile. La metà dei pazienti colpiti da SC ha un'età maggiore di 75 anni e la componente maschile è predominante solo nelle fasce di età inferiore. Lo SC con FE conservata viene più frequentemente riscontrato nei pazienti anziani e in quelli di sesso femminile.
- Nei pazienti anziani lo SC è spesso sottodiagnosticato, giacché i sintomi cardine dell'intolleranza all'esercizio vengono frequentemente attribuiti all'età avanzata, alle concomitanti comorbidità e allo stato di salute non ottimale. Le comorbidità più diffuse, che possono avere importanti implicazioni terapeutiche, comprendono l'insufficienza renale, il diabete, l'ictus, il deficit cognitivo e la BPCO.
- La politerapia aumenta il rischio di reazioni avverse e di effetti collaterali che possono condurre ad una minore compliance. Occorre sempre considerare eventuali alterazioni delle proprietà farmacocinetiche e farmacodinamiche dei farmaci. Il deterioramento della funzionalità renale è una naturale conseguenza dell'età avanzata e, pertanto, può rendersi necessario un aggiustamento del dosaggio di ACE-inibitori, ARB, spironolattone e digossina.
- Per i pazienti anziani con SC che presentano deficit cognitivo, possono risultare particolarmente utili dei programmi multidisciplinari personalizzati che contribuiscono a migliorare l'aderenza alla terapia e a prevenire l'ospedalizzazione.
- Le controindicazioni relative alle procedure diagnostiche e interventistiche devono essere attentamente valutate e soppesate.

bilità multiple è frutto non solo dell'oggettiva difficoltà di dover gestire soggetti intrinsecamente più complessi e fragili rispetto a quelli di più giovane età, ma anche del fatto che l'evidenza clinica su cui si basano le linee guida per il trattamento della sindrome è maturata nell'ambito di trial condotti essenzialmente su popolazioni d'età media <65 anni, compresi quelli che hanno valutato l'efficacia della terapia con defibrillatore impiantabile e di resincronizzazione. L'utilizzo pressoché costante di alcuni criteri d'inclusione, come la ridotta frazione d'eiezione ventricolare sinistra, e d'esclusione, come la presenza di comorbidità maggiori, ha di fatto impedito il reclutamento della maggior parte dei soggetti con età > 65 anni.

- Pur con questi limiti, le raccomandazioni derivate dai risultati dei grandi trial e dalle linee guida sono da considerarsi valide anche per i pazienti anziani. Prima di avviare qualsiasi forma di terapia va raccomandata una particolare attenzione all'aspettativa di vita, alla presenza di concomitanti patologie, al livello di autosufficienza, allo status cognitivo e funzionale, alle controindicazioni, intolleranze e potenziali interferenze farmacologiche.
- Tra i pazienti anziani è particolarmente frequente lo SC a prevalente o esclusiva disfunzione diastolica ventricolare sinistra. Le problematiche relative allo SC diastolico non derivano solo dalla scarsità di prove sull'efficacia dei trattamenti, ma anche e soprattutto dalle difficoltà diagnostiche legate alla mancanza di indici semplici ed affidabili di valutazione della funzione diastolica, particolarmente evidenti nel paziente anziano, ove spesso coesistono condizioni in grado di mimare un quadro di SC.

Terapia chirurgica:

- Il trattamento chirurgico dello SC nell'anziano è da considerarsi limitato alle sole procedure convenzionali (rivascolarizzazione,

chirurgia valvolare, aneurismectomie ventricolari).

- Per quanto riguarda le indicazioni alle singole procedure non esistono sostanziali differenze rispetto ai pazienti adulti e si fa riferimento a quanto riportato nelle linee guida correnti.
- Una corretta indicazione chirurgica deve basarsi non solo sull'accurata valutazione del rischio ma anche sulla stima dell'aspettativa di vita e dei benefici che il paziente può trarre dal trattamento, sia in termini d'incremento della sopravvivenza che di miglioramento della qualità di vita.
- I benefici, dubbi per quanto riguarda l'incremento della sopravvivenza, sono invece molto ben documentati in termini di miglioramento della qualità di vita, del livello d'autosufficienza e di riduzione d'utilizzo di risorse.

I pazienti e le loro famiglie dovrebbero ricevere informazioni sulla prognosi, sul ruolo di servizi domiciliari di cure palliative o di Hospice e sulla necessità di continuità assistenziale.

I pazienti istituzionalizzati devono ricevere gli stessi trattamenti di qualunque altro paziente con SC.

Un'ultima menzione meritano le attuali linee guida ESC per la diagnosi e il trattamento dello SC acuto e cronico¹³ prodotte nel 2008 dalla Società Europea di Cardiologia che, nonostante le problematiche sinora esposte, dedicano solo una piccola sezione ai pazienti anziani (Tab. 2).

Le nuove linee guida europee, infine, sintetizzano i maggiori "gaps in evidence" nell'intento di focalizzare la futura ricerca clinica su importanti temi che ad oggi non sono stati adeguatamente investigati. Tra questi, in primo luogo, i pazienti di sesso femminile e gli anziani che non sono stati adeguatamente rappresentati negli studi clinici e per i quali sussiste l'esigenza di valutare ulteriormente le opzioni terapeutiche.

Nel disegnare queste future ricerche cliniche si dovrà pertanto tenere conto anche delle informazioni provenienti da un altro strumento importante, quello costituito da registri e "survey". Solo in questo modo si potranno acquisire informazioni utili per la cura dei pazienti del "mondo reale", evitando paradossi ed errori precedentemente commessi.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti i componenti della Commissione Regionale per la implementazione della Consensus Conference in Puglia ed in particolare i colleghi Vincenzo Contursi, Sergio Pede e Massimo Iacoviello.

BIBLIOGRAFIA

1. Wenger NK, Franciosa JA, Weber KT. Cardiovascular disease in the elderly. *Heart Failure. J Am Coll Cardiol* 1987; 10 (Suppl A): 73A-76A
2. Hamerman D. Towards an understanding of frailty. *Ann Internal Med* 1999; 130: 945-50.
3. Masoudi FA, Havranek EP, Wolfe P, et al. Most hospitalized older persons do not meet the enrollment criteria for clinical trials in heart failure. *Am Heart J* 2003; 146: 250-7.
4. Rich MW. Heart failure in the 21st century: a cardiogeriatric syndrome. *J Gerontol A Biol Sci Med* 2001 Feb; 56(2): M88-96.
5. Chirico M, Torres F, Pavese I, Addante LM. Scompenso cardiaco in RSA. *Giornale di Gerontologia* 2008; LVI; 5: 268-70
6. Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006 Jun; Vol 7.
7. <http://www.ministerosalute.it>; <http://www.istat.it>
8. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, et al. Comprehensive discharge planning with post-discharge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA* 2004; 291:1358-67.
9. Rubenstein L. The clinical effectiveness of multidimensional geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 758-62.
10. Del Sindaco D, Zuccalà G, Pulignano G, et al. La valutazione multidimensionale dell'anziano con scompenso cardiaco. *Ital Heart J* 2004; 5 (Suppl 10): 26-36S.
11. Pedone V, Nativio V, Pedone C, Romboli E. La gestione integrata dello SC nel paziente anziano complesso. *Geriatrics* 2006; XVIII; 5: 299-304.
12. <http://www.sigg.it>
13. European Society of Cardiology. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J* 2008; 29: 2388-442.



Rete integrata per lo scompenso cardiaco *Proposta di piano attuativo*

RIFERIMENTI

• Consensus Conference. Il percorso assistenziale dei pazienti con scompenso cardiaco. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2006. Volume 7 – Numero 6

• Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2009. Volume 10 – Numero 6 – Suppl. 3

PREMESSA

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una delle patologie croniche maggiormente invalidanti ed a più elevato impatto socio-economico. L'invecchiamento della popolazione e l'aumentata sopravvivenza dopo eventi cardiaci acuti ne giustificano l'aumento di prevalenza negli ultimi anni (attualmente stimata intorno allo 1-2%) e l'ulteriore incremento nei prossimi decenni. Nonostante i progressi terapeutici, lo SC continua ad essere gravemente invalidante ed è associato ad un'elevata morbilità e mortalità.

Questi dati spiegano l'elevato grado di assorbimento di risorse sanitarie (1-2% del budget sanitario) da cui è gravata la gestione dei pazienti con SC e pongono la necessità di elaborare ed attivare modelli organizzativi appropriati.

A tale necessità risponde il sistema delle Reti Integrate dei Servizi. Si tratta di un modello organizzativo che deriva da un processo di programmazione dei servizi sanitari basato su un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie unità produttive e si realizza attraverso il sistema Hub & Spoke (mozzo & raggi di una ruota):

- Hub: Centri di riferimento con attività di elevato grado di complessità;
- Spoke: Centri collegati con attività di selezione dei pazienti, di invio ai Centri di riferimento e di "ripresa in carico"

In questo modo le Reti compongono due esigenze tra loro apparentemente contrastanti:

- la necessità di concentrazione dei servizi per garantire la qualità tecnica;
- la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso.

Consentono il raggiungimento di questo risultato perché spo-

stano l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso del paziente che può essere seguito, seppure in servizi diversi, in modo unitario.

Si basano sulla attivazione di percorsi assistenziali, centrati sull'individuo (e non sulla malattia), partendo dalla prevenzione, passando per la fase della diagnosi e della cura e chiudendo il circuito assistenziale con la riabilitazione.

Attraverso i percorsi assistenziali vengono garantite la continuità assistenziale e l'integrazione Territorio-Ospedale.

Seguendo questa impostazione le Società Scientifiche Cardiologiche ANMCO e SIC, con tutte le altre Società coinvolte nelle problematiche dello SC, hanno ampiamente descritto e chiaramente codificato i percorsi assistenziali per i pazienti con SC in un documento (Consensus Conference. Il percorso assistenziale dei pazienti con scompenso cardiaco è stato fatto proprio dalla FIC (Federazione Italiana di Cardiologia).

Questo documento è stato recentemente integrato da un'altra proposta della FIC relativa alla struttura e alla organizzazione funzionale della Cardiologia, che fornisce ulteriori e aggiornate indicazioni per la gestione dello SC.

Le proposte contenute nei due documenti sono in linea con le direttive del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 per la gestione dei pazienti cronici, le quali individuano proprio nella forte integrazione tra Territorio ed Ospedale, la strategia per l'attivazione di interventi volti alla continuità delle cure, al monitoraggio del paziente, alla riduzione delle recidive e dei ricoveri, basandola sulla elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi.

Sono in linea anche con il Piano Sanitario della Regione Puglia 2002-2004 che recita: "le caratteristiche demografico-epidemiologiche della comunità pugliese impongono di dover privilegiare forme di assistenza multidisciplinari, mirate alle patologie invalidanti e cronico-degenerative, per le quali il mantenimento dell'autonomia o comunque la permanenza nel proprio ambiente di vita, con la prevalenza delle cure domiciliari, assume significato strategico della qualità di vita".

In Puglia si è attivato un Comitato Regionale, formato dai rappresentanti di tutte le società scientifiche che hanno partecipato alla elaborazione della Consensus Nazionale.

Il Comitato ha elaborato una proposta basata sui documenti citati finalizzandola alla creazione ed alla attivazione di una Rete Integrata per lo Scompenso Cardiaco.

RETE INTEGRATA PER LO SCOMPENSO CARDIACO

Piano Attuativo

Articolo 1

FINALITÀ DEL PIANO ATTUATIVO

Il presente piano definisce le modalità ed i tempi per l'avvio e sviluppo della Rete Integrata "Ospedale – Territorio" per la gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco secondo il modello previsto dalla Consensus Conference sui Modelli gestionali nello Scompenso Cardiaco e secondo il documento FIC "Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco".

Articolo 2

OBIETTIVI DEL PIANO ATTUATIVO

Gli obiettivi da perseguire sono:

- l'ottimizzazione del trattamento dei pazienti affetti da S.C volto ad assicurare tutti i presidi terapeutici attualmente indicati per i pazienti e disponibili nella Regione e ad ottenere il miglioramento dello stato funzionale, della qualità di vita e della sopravvivenza dei pazienti;
- l'educazione dei pazienti (compresa adesione e capacità di autogestione della terapia);
- un follow-up personalizzato dei pazienti volto: al controllo della progressione della malattia, all'individuazione precoce delle instabilità, alla prevenzione ed alla riduzione delle ospedalizzazioni.

Articolo 3

AZIONI DEL PIANO ATTUATIVO

Avvio e mantenimento della Rete Integrata per lo Scompenso Cardiaco si basano su:

- 1 istituzione di un Comitato Tecnico Regionale
- 2 istituzione di un Comitato Tecnico presso ogni Azienda Sanitaria Locale
- 3 elaborazione di specifici Protocolli Diagnostico-Terapeutici
- 4 individuazione delle Strutture Ospedaliere di Riferimento
- 5 individuazione dei percorsi di Gestione Territoriale
- 6 individuazione dei percorsi di Gestione Domiciliare
- 7 individuazione dei percorsi di assistenza in RSA ed Hospice

1. Comitato Tecnico Regionale (CTR-SC)

I componenti del CTR sono designati da Assessorato alla Salute ed ARES su proposta del Comitato Regionale per l'attuazione della Consensus Conference.

Composizione:

- 1 rappresentante dell'A.R.E.S
- i 2 coordinatori del Comitato Regionale per l'attuazione della

Consensus

- 1 rappresentante ANMCO e 1 rappresentante SIC
- 1 rappresentante degli specialisti ambulatoriali
- 1 rappresentante della Medicina Interna
- 1 rappresentante della Geriatria
- 2 rappresentanti dei Medici di Medicina Generale.

Compiti (in collaborazione con il Comitato Regionale per l'attuazione della Consensus Conference):

- individuazione dei requisiti e della distribuzione territoriale dei centri Hub e Spoke
- indirizzi per la formazione del personale medico ed infermieristico
- coordinamento, monitoraggio, controllo e verifica dell'organizzazione e del funzionamento della Rete.

2. Comitati Tecnici Aziendali (CTA-SC)

I Comitati Tecnici Aziendali (CTA) devono, secondo le indicazioni del Comitato Tecnico Regionale, orientare tutti i loro interventi alla attuazione della Rete dello Scompenso.

Composizione (a seconda della specifica organizzazione di ciascuna Azienda)

- 1 coordinatore (direttore sanitario aziendale o suo delegato)
- 1 rappresentante per ognuno dei Distretti Socio-Sanitari di Base
- 1 rappresentante delle strutture cardiologiche
- 1 rappresentante delle strutture internistiche
- 1 rappresentante delle strutture geriatriche
- 1 rappresentante della specialistica ambulatoriale (cardiologo o internista o geriatra)
- 1 rappresentante dei Medici di Medicina Generale
- il responsabile delle Cure Domiciliari (es. ADI)
- 1 rappresentante per ognuna delle altre figure professionali del Territorio (infermieri professionali, addetti ai servizi socio-assistenziali)
- 1 rappresentante delle Associazioni di Volontariato qualificate a collaborare al progetto.

Criteri per la composizione:

- Coordinatore nominato dal Direttore Generale
- Altri componenti individuati dal Coordinatore, di concerto con il Direttore Generale dell'Azienda con i Direttori delle UOC di Cardiologia, Medicina, Geriatria per il personale dipendente e con le categorie professionali per le figure esterne all'Azienda
- Tutti i componenti devono essere esperti di problematiche dello SC ed essere direttamente coinvolti nella gestione dello SC.

Attività

- Relazioni sullo stato di attuazione del programma almeno ogni 6 mesi
- Riunioni operative con una cadenza almeno trimestrale

Per la implementazione di queste attività i CTA si avvalgono della collaborazione di task force distrettuali composte dagli operatori (1 medico ospedaliero, 1 specialista ambulatoriale, 2 medici di

medicina generale) formatasi con l'evento formativo iniziale previsto dall'ARES e dal Comitato Regionale.

Compiti (esplicitamente previsti dal documento della Consensus Conference):

A. Promuovere la organizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali dedicate allo Scompenso Cardiaco, favorire la formazione della rete ospedaliera, coinvolgere i MMG, creare database per la condivisione delle informazioni cliniche pertinenti ed il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici;

B. Definire il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) del malato con SC all'interno della ASL/Distretto ed all'interno dell'Ospedale, condiviso con tutte le figure professionali coinvolte a vario titolo nell'assistenza al paziente scompensato e comprendente:

- l'individuazione degli accertamenti clinici e strumentali per la diagnosi di S.C. e la ricerca eziologica;
- l'individuazione dei fattori precipitanti, delle comorbilità e dei fattori di rischio;
- la stratificazione del rischio;
- l'impostazione e l'ottimizzazione del trattamento;
- le indicazioni per il ricovero;
- le modalità di follow-up;

C. Definire quanto previsto per le modalità di continuità assistenziale ospedale-territorio, il ruolo del Medico di Assistenza Primaria e del Medico di Continuità Assistenziale, l'accesso agli ospedali, alle cure intermedie, all'assistenza domiciliare, ai servizi sociali;

D. Rilevare (punto 2.6 del Documento conclusivo della Consensus Conference sullo S.C.) gli:

- indicatori di struttura:
 - a) disponibilità di PDT condivisi;
 - b) monitoraggio dell'assistenza;
 - c) presenza di un ambulatorio dedicato presso ogni struttura ospedaliera;
- indicatori di processo:
 - a) misurare e valutare la funzione sistolica ventricolare;
 - b) N° di pazienti che utilizzano gli ACE-Inibitori;
 - c) N° di pazienti che utilizzano i betabloccanti;
 - d) N° di pazienti che utilizzano la terapia anticoagulante per la fibrillazione atriale;
 - e) N° paziente che hanno ricevuto (assieme ai loro familiari), educazione sanitaria alla gestione della malattia;
 - f) valutazione multidimensionale di primo livello in pazienti anziani.
- indicatori di esito:
 - a) numero di ricoveri ripetuti;
 - b) tasso di mortalità;
 - c) valutazione della qualità di vita e soddisfazione dei pazienti;

E. Monitorare sistematicamente tutte le componenti del percorso assistenziale dello Scompenso Cardiaco, con particolare riguardo alle criticità ed alle problematiche del sistema, suggerendo alla Direzione Generale Aziendale le eventuali misure correttive;

F. Promuovere la crescita culturale e la comunicazione fra tutti i professionisti coinvolti attraverso il supporto e la consultazione reciproca, la condivisione dei protocolli diagnostico-terapeutici, la discussione interattiva per la soluzione dei problemi clinici, la gestione condivisa dei casi complessi, gli eventi formativi, il materiale didattico ed educativo, utilizzando tutte le volte possibili il sistema dell'e-learning e della teleconferenza (portale di telemedicina – teleconsulto "Comunità Sanitaria Regionale");

G. Promuovere l'utilizzo di strumenti di telemedicina quale mezzo per aumentare il livello di interazione fra il territorio e le strutture di riferimento per lo Scompenso Cardiaco, riducendo la necessità di spostamento di pazienti fragili e spesso anziani;

3. Elaborazione di specifici protocolli diagnostico-terapeutici

I percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con Scompenso Cardiaco vengono configurati in maniera diversificata in base allo stadio dello scompenso (come riportato in dettagli nell'Allegato 1) e possono essere distinti in:

1. prevenzione e screening della disfunzione ventricolare asintomatica
2. gestione del paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato
3. gestione del paziente ambulatoriale oligosintomatico
4. gestione del paziente con SC avanzato candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare
5. gestione del paziente anziano con comorbilità e/o fragile
6. gestione del paziente con scompenso terminale

4. Strutture ospedaliere di riferimento

L'attuazione del modello Hub e Spoke richiede l'identificazione delle strutture di riferimento.

Sono previsti 2 livelli di struttura ed 1 centro di III livello per l'attività di trapianto di cuore ed assistenza meccanica:

STRUTTURA I LIVELLO:

la struttura si identifica con l' Ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco.

Allocazione:

- negli Ospedali, pubblici o privati accreditati, nell'ambito di strutture ospedaliere cardiologiche e/o cardiologico-riabilitative e/o internistiche e/o geriatriche non caratterizzate da prestazioni di alta specializzazione;
- nei poliambulatori territoriali

Organizzazione:

- coordinamento affidato ad un dirigente medico, preferibilmente uno specialista in cardiologia con documentata esperienza nella diagnosi e cura dello SC;
- presenza di personale infermieristico dedicato ed adeguatamente formato;
- dotazione di tecnologia sanitaria necessaria a garantire lo svolgimento delle attività;
- possibilità di attivare funzioni di Day Service ed eventualmente Day-Hospital.

Attività:

- raccordo operativo con i MMG del Distretto Socio-Sanitario di

- riferimento;
- possibilità di diagnostica cardiologica non invasiva completa (visita, ECG, ecocardiogramma, stress test);
- attività coordinata con un laboratorio di riferimento al fine di un corretto monitoraggio dei parametri biomorali;
- approccio multidisciplinare al paziente con la possibilità di usufruire di consulenza plurispecialistiche;
- avvio, quando necessario, dei pazienti alle strutture di II livello;
- presa in carico dei pazienti dalla struttura di II livello dopo il completamento dell'iter diagnostico terapeutico programmato.

Nelle strutture in cui non è attivabile l'Ambulatorio dedicato, l'Ambulatorio Cardiologico Generale si struttura per garantire i livelli minimi di continuità assistenziale.

STRUTTURA II LIVELLO:

la struttura si identifica con l'Unità per lo Scompenso Cardiaco.

Allocazione:

- in Ospedali connotati dalla presenza di strutture con attività di degenza, di diagnostica e di terapia di elevato livello (UTIC, Emodinamica, Laboratorio di elettrofisiologia e di elettrostimolazione cardiaca, Riabilitazione).

Configurazione:

- Unità Operativa all'interno del Dipartimento Cardiovascolare o dell'UOC di Cardiologia dotata di:
- uno o più Ambulatori dedicati
- posti letto per ricoveri in regime ordinario e in Day Hospital.

Organizzazione:

- la figura professionale centrale è rappresentata dal medico cardiologo, coadiuvato da uno o più infermieri dedicati, direttamente responsabile dei percorsi assistenziali per i soggetti che afferiscono alla struttura; il cardiologo attiva strumenti di collaborazione con i medici del PS/DEA ed altri specialisti medici (internisti, geriatri, nefrologi, etc.) e non medici (psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti).

Attività:

- presa in carico, su richiesta degli operatori degli Ambulatori Dedicati allo Scompenso Cardiaco presenti sul territorio dell'Azienda, dei pazienti a maggior grado di complessità clinica, abbisognevoli di valutazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici (rivascolarizzazione mediante angioplastica ed impianto di cardiovertitori defibrillatori automatici) non disponibili nelle Strutture di I livello.

Funzioni:

- attivazione dei ricoveri in degenza Ordinaria o Day Hospital o dei Day Service, per personalizzare e rendere efficiente il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con scompenso cardiaco, secondo la normativa regionale vigente;
- creazione dei percorsi condivisi fra le diverse unità operative ospedaliere, da quelle del PS/DEA (Medicina d'Urgenza o Medicina e Chirurgia di accettazione e d'Urgenza) a quelle di Medicina e di Cardiologia. In questi protocolli gestionali interni dovrebbero essere esplicitati i criteri di appropriatezza di ricovero in UTIC e di trasferimento nei reparti di degenza ordinaria o di cure intermedie;

- predisposizione, in assenza di una struttura specialistica di riferimento extraospedaliera, di protocolli operativi condivisi ed un canale preferenziale di accesso del MMG per i casi clinici all'esordio ed i problemi correlati alla prima fase di impostazione diagnostico-terapeutica;
- attivazione, in collaborazione con il personale infermieristico, di un programma di attività educativa e di prevenzione delle instabilizzazioni e della progressione della malattia, anche attraverso la preparazione di materiale didattico/educativo.
- formazione e aggiornamento sullo scompenso cardiaco del personale medico ed infermieristico interni ed esterni alla struttura.
- promozione dell'attività di ricerca.

Requisiti strutturali:

- uno o più ambulatori cardiologici per la valutazione clinica e strumentale (ECG, Ecocardiogramma color Doppler, ecocolor Doppler vascolare, Ecg dinamico delle 24 ore- Holter ed ergometria) e la raccolta computerizzata dei dati (le valutazioni strumentali, qualora l'USC non ne sia dotata potranno essere effettuate negli appositi laboratori della Struttura complessa di Cardiologia; tuttavia non si può prescindere dalla presenza di un Laboratorio di Ecocardiografia e di Ergospirometria);
- spazi dedicati e personale specificamente formato, per garantire l'accesso diretto dei pazienti, con percorsi pre-definiti e tempi certi di effettuazione delle prestazioni strumentali richieste.

Dotazione del personale:

- almeno 1 medico cardiologo dedicato ed eventuali collaboratori in numero proporzionale al bacino di utenza (qualora superi i 100000) ed almeno 2 infermieri per l'esecuzione di esami strumentali e per l'intervento educativo nello scompenso cardiaco.

Centro di riferimento per programma di trapianto di cuore ed assistenza meccanica (STRUTTURA DI III LIVELLO).

Allocazione e configurazione

Il centro cardiologico di riferimento per il programma di trapianto di cuore e di assistenza meccanica (come previsto dal Protocollo per Trapianto di Cuore approvato dal Centro Regionale Trapianti Puglia, prot. CRT 662/07) è allocato nell'U.O. di Cardiologia Universitaria dell'AO Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, la cui attività assistenziale e di ricerca è in stretta collaborazione con la U.O. di Cardiocirurgia, struttura di riferimento per il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato (trapianto di cuore, chirurgia valvolare, assistenza meccanica). In queste ultime trovano ubicazione le terapie intensive per il trattamento dello scompenso cardiaco refrattario candidato a trapianto cardiaco o ad assistenza meccanica.

L'Unità Scompenso di III livello, potrà essere configurata come Unità Operativa all'interno dell'UOC di Cardiologia Universitaria, sarà costituita da una sezione ambulatoriale ed una degenziale con posti letto in regime di Day-Hospital con la possibilità di posti letto dedicati in regime di ricovero ordinario.

Attività e funzioni

Oltre a svolgere le attività e le funzioni della Unità di II livello, l'Unità di III livello si occuperà della selezione e follow-up dei pazienti

candidati al trapianto cardiaco e della gestione post-trapianto dei pazienti.

Requisiti strutturali:

- almeno 2 ambulatori cardiologici con la possibilità di eseguire, negli stessi ambulatori o nella UO di appartenenza, tutte valutazioni diagnostiche non-invasive (ECG, Ecocardiogramma color Doppler, ecocolor Doppler vascolare, Ecg dinamico delle 24 ore- Holter ed ergometria, Ergospirometria) e percorsi di riabilitazione cardiovascolare.

Dotazione del personale:

- almeno 2 medici cardiologi dedicati ed eventuali collaboratori ed almeno 3 infermieri

5. Gestione Territoriale

I primi attori dell'assistenza sanitaria a livello territoriale sono l'ASL/ Distretto, i MMG, e gli specialisti cardiologi extraospedalieri. Una corretta gestione del malato cronico con SC richiede una sinergia d'azione di tutte le figure coinvolte con una relazione stretta fra la rete territoriale e le strutture ospedaliere.

Per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale per le malattie croniche è auspicabile che l'ASL si attivi per:

1. Implementare a livello locale i programmi di diagnosi e cura delle patologie croniche con il supporto degli specialisti territoriali e/o ospedalieri.
2. Coinvolgere i MMG nella discussione dei progetti, protocolli e dei percorsi diagnostico-terapeutici, favorendone il processo di formazione.
3. Rivalutare la professione infermieristica come figura centrale nella cura e gestione del percorso di continuità assistenziale del malato con scompenso.
4. Supportare dal punto di vista organizzativo e formativo gli operatori sanitari per migliorare l'assistenza dei pazienti con scompenso cardiaco a livello distrettuale e/o domiciliare.
5. Promuovere l'integrazione funzionale sia delle professionalità tecniche, differenti secondo le patologie affrontate, che dei rappresentanti istituzionali tra Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.
6. identificare insieme agli altri referenti della rete assistenziale, gli indicatori di struttura, processo e risultato, con focalizzazione sulla fase territoriale, facendo riferimento a quanto già indicato dalle società scientifiche.

Presso il Distretto sanitario sono comunemente svolte attività d'informazione per il paziente, pianificazione ed erogazione dell'assistenza domiciliare, riconoscimento dello status d'invalidità civile e/o di esenzione per patologia. In generale il Distretto deve diventare la sede strategica per l'integrazione delle cure tra medicina generale, specialisti e personale infermieristico per la prevenzione del ricovero ospedaliero del paziente cronico.

Il referente del Distretto deve partecipare attivamente alla rete gestionale con particolare riguardo ai pazienti che richiedono un maggiore grado di assistenza come gli anziani fragili con comorbidità.

6. Gestione Domiciliare

Nell'ambito delle Cure Domiciliari (Assistenza Domiciliare Programmata o ADP, Assistenza Domiciliare Integrata o ADI, Ospedalizzazione Domiciliare), l'ADI è una forma di assistenza medica, infermieristica,

riabilitativa e socio-assistenziale, particolarmente indicata per i pazienti con SC cronico.

La richiesta di Cure Domiciliari deve essere inoltrata all'Unità di Valutazione Multidisciplinare distrettuale (UVM) dal MMG, dai familiari, dalla Unità Scompenso di riferimento o, in caso di paziente ricoverato in ospedale, dal reparto ospedaliero per la presa in carico al momento della dimissione (dimissione protetta).

La UVM utilizza lo strumento della Valutazione Multidimensionale per definire il percorso diagnostico-terapeutico più adeguato.

Andranno promosse, infine, esperienze volte all'utilizzo dei nuovi sistemi di teleconsulto e telemonitoraggio del paziente con scompenso cardiaco al fine di assicurarne un controllo clinico al domicilio con minore frequenza di ricorso alle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere.

7. RSA ed Hospice

Il ricorso alla Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) va riservata al paziente non autosufficiente (per disabilità fisica o deficit cognitivo), non assistibile a domicilio (presenza di problemi socio-familiari ed ambientali) ed ad elevata necessità di tutela sanitaria. Obiettivo dell'assistenza in RSA sarà l'ottimizzazione della terapia farmacologica (es. Titolazione del beta-bloccante), la gestione delle comorbidità e il recupero funzionale, soprattutto nel paziente in labile compenso emodinamico o con scompenso refrattario.

Il ricorso all'Hospice va riservato ai pazienti con scompenso cardiaco severo, refrattario alla terapia, qualora non suscettibili di recupero e non candidabili al trapianto cardiaco, al fine di eseguire le cure palliative.

Articolo 4

RISULTATI ATTESI

Il Piano Attuativo SC è articolato in tre fasi, temporalmente conseguenti tra loro, la prima di tipo organizzativo la seconda di sperimentazione, la terza assistenziale.

1. Fase Organizzativa: La fase organizzativa procederà come segue:

- costituzione del Comitato Tecnico Regionale e dei Comitati Tecnici Aziendali;
- individuazione ed attivazione delle strutture dislocate nel territorio dedicate alla cura dello SC;
- consolidamento, presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari del Centro di riferimento regionale Cardiologico e cardiocirurgico, del centro di alta specializzazione per il trapianto cardiaco e le procedure di assistenza ventricolare;
- attivazione da parte del Comitato Tecnico Regionale, di concerto con il Comitato Regionale per l'attuazione della Consensus, di specifici corsi di formazione per il personale infermieristico;
- attivazione da parte del Comitato Tecnico Regionale, di concerto con il Comitato Regionale per l'attuazione della Consensus, di specifici corsi di formazione per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale e Specialisti operanti sul Territorio, sugli aspetti della prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente con SC.

2. Fase di sperimentazione del modello gestionale

Nel periodo che intercorre tra l'approvazione del presente documento, con atto formale da parte della Regione e la data entro la quale si suppone che vadano a regime tutte le strutture previste sul territorio regionale, si ritiene opportuno avviare una fase sperimentale, sotto il Coordinamento del Comitato Tecnico Regionale, nella quale coinvolgere le strutture che, su segnalazione dei rispettivi Direttori Generali, sono già in grado di erogare prestazioni secondo il modello qui definito.

3. Fase assistenziale

Entro un periodo massimo di 12 mesi dall'approvazione i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Regione garantiscono:

- La piena operatività e attività dei Comitati Tecnici Aziendali;
- la completa funzionalità degli ambulatori dedicati per lo S.C. e delle Unità Scompenso Cardiaco;
- l'assistenza extraospedaliera residenziale e domiciliare ai pazienti con SC.

COORDINAMENTO, VERIFICHE E VALUTAZIONE

Articolo 5

SOGGETTO PREPOSTO AL COORDINAMENTO

Il Comitato Tecnico Regionale garantisce, in accordo con il competente Ufficio regionale, tutte le attività di supporto per la programmazione, la verifica e il controllo in merito allo stato di attuazione dei contenuti del presente progetto.

Articolo 6

MONITORAGGIO, CONTROLLI E VERIFICHE

In particolare le azioni di monitoraggio, controllo, verifica e valutazione dell'attuazione del presente Piano Attuativo da parte del Gruppo Tecnico Regionale devono prevedere:

1. coordinamento e sorveglianza sulla sua piena attuazione;
2. individuazione di eventuali e specifiche criticità che ne impediscono la piena realizzazione, relazionando in merito per la individuazione congiunta di specifiche azioni correttive;
3. effettuazione di verifiche e valutazione sulle criticità individuate, sulle azioni avviate e sui risultati raggiunti.

ALLEGATO 1. Percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con Scompenso Cardiaco.

1. Prevenzione e screening della disfunzione ventricolare asintomatica. La disfunzione ventricolare asintomatica dovrebbe essere oggetto di screening, da raccomandare esclusivamente nei soggetti ad alto rischio e tra questi i soggetti appartenenti allo stadio A (con fattori di rischio) o B (con cardiopatia organica) delle linee guida dell'ACC/AHA ed in particolare quelli con ipertensione arteriosa, diabete mellito, insufficienza renale (inclusa microalbuminuria), pregresso infarto miocardico, malattia coronarica documentata o aterosclerosi polidistrettuale, malattia valvolare significativa asintomatica, familiarità di primo grado per cardiomiopatia, assunzione prolungata di farmaci cardiotossici, obesità, sindrome metabolica e/o sindrome delle apnee notturne. Il MMG è il primo attore

nell'identificazione dei pazienti a rischio, per l'attivazione dello screening, l'impostazione dell'intervento terapeutico ed il suo monitoraggio nel tempo. La consulenza e cogestione specialistica (strutture di I livello) è indicata nei pazienti ad alto rischio, non adeguatamente controllati da interventi di primo livello. Lo screening dei pazienti si basa sull'utilizzo in prima istanza di diagnostiche ad elevato potere predittivo negativo (ECG e peptidi natriuretici) ed, in caso di alterazioni significative di questi, sulla valutazione ecocardiografica che è da considerare l'esame più appropriato per la valutazione della funzione cardiaca.

2. Il paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato. Si raccomanda l'adozione di percorsi intraospedalieri personalizzati per tipologia e collocazione dell'ospedale. Il paziente con SC acuto deve essere indirizzato al reparto di ricovero in base alla necessità di monitoraggio/trattamento intensivo e diagnostica/interventistica avanzata. Durante la degenza la gestione del paziente con SC acuto deve essere multidisciplinare con precoce attivazione della consulenza cardiologica, oltre che, eventualmente, di altra disciplina specialistica di settore in relazione alle specifiche esigenze. Punto qualificante dei percorsi intraospedalieri è il riferimento del paziente dimissibile all'Ambulatorio per lo SC (strutture di II-III livello) per i seguenti obiettivi: a) primo controllo post dimissione per valutare il mantenimento della stabilità clinica ed un ulteriore inquadramento prognostico. b) ulteriore approfondimento/risoluzione di problematiche attive (stratificazione per morte improvvisa e/o trapianto cardiaco, indicazione a valutazione invasiva/interventistica avanzata, impianto di dispositivi quali il defibrillatore automatico e/o il pacemaker biventricolare) e/o presa in carico in caso di SC avanzato.

La relazione clinica consegnata alla dimissione del paziente ricoverato per scompenso cardiaco acuto dovrà contenere le indicazioni per il MMG relative al trattamento ed al controllo a domicilio del paziente.

3. Paziente ambulatoriale oligosintomatico. Principale figura di riferimento per l'assistenza al paziente ambulatoriale oligosintomatico è il MMG che avvia il percorso diagnostico ambulatoriale e pianifica in maniera multidisciplinare le cure. Il MMG si avvale della consulenza specialistica per l'inquadramento eziologico, la stratificazione prognostica e l'impostazione terapeutica. Il follow-up periodico del MMG è almeno trimestrale ed avrà come obiettivi la verifica della stabilità clinica, il rinforzo della compliance del paziente al trattamento, la prevenzione e riconoscimento precoce dei segni di instabilizzazione, l'educazione del paziente e dei familiari.

Il supporto specialistico (strutture I-II livello) è da assicurare a quei pazienti senza pronta risposta alla terapia, con angina e/o ischemia, aritmie, progressione della disfunzione ventricolare. In tal caso vi deve essere la possibilità di presa in carico temporanea per la gestione delle stesse problematiche da parte dello specialista.

4. Il paziente con scompenso avanzato candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare. Il paziente con scompenso avanzato candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare è prevalentemente in carico alle cure specialistiche (strutture

di III livello). La presa in carico del paziente scompenso avanzato candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare richiede dell'Ambulatorio Scompenso, e un'équipe medico-infermieristica dedicata. Il follow-up dei pazienti con scompenso severo stabili o che necessitino d'inquadramento diagnostico od ottimizzazione terapeutica può essere svolto da equipe dedicate alla cura dello scompenso, mentre pazienti instabili, candidabili al trapianto o in previsione di soluzioni chirurgiche non tradizionali sono sotto la cura diretta del programma di trapianto cardiaco, in regime di ricovero o di controlli ambulatoriali ravvicinati secondo necessità. La lista d'attesa per trapianto cardiaco deve essere dimensionata sulla previsione della disponibilità di donatori, privilegiando i pazienti che, a parità di rischio di morte o deterioramento, hanno migliore probabilità di successo post-trapianto.

5. Il paziente anziano con comorbidità e/o fragile. L'obiettivo principale della strategia gestionale per l'anziano deve essere il mantenimento del miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psico-fisica e di autonomia funzionale. L'utilizzo sistematico della Valutazione Multidimensionale consente di attivare i percorsi più funzionali ai bisogni assistenziali dell'anziano con scompenso. A livello intraospedaliero il percorso dell'anziano con scompenso dovrebbe prevedere un approccio multidisciplinare con protocolli condivisi nelle diverse unità di degenza.

La gestione ambulatoriale precoce dopo la dimissione deve necessariamente essere multidisciplinare con la convergenza di competenze cardiologiche, internistiche e geriatriche che, a livello

territoriale, si interfacciano con il MMG nella gestione clinica e nel controllo periodico del paziente.

La dimissione protetta in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) va riservata al paziente con SC post-acuto, stabilizzato, non autosufficiente (per disabilità fisica o deficit cognitivo), non assistibile a domicilio (presenza di problemi socio-familiari ed ambientali) e ed elevata necessità di tutela sanitaria.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) va riservata al paziente con SC post-acuto, stabilizzato, assistibile a domicilio (assenza di problemi socio-familiari e/o ambientali) e con moderata necessità di tutela sanitaria.

6. Il paziente con scompenso terminale. Sebbene l'incertezza della prognosi nei pazienti con scompenso cardiaco rappresenta una delle principali barriere all'organizzazione di un percorso di cure adeguato al paziente con scompenso cardiaco in fase terminale, è necessario elaborare dei percorsi diagnostico terapeutici dedicati a tali pazienti con integrazione dell'assistenza al paziente nell'attuale rete delle cure palliative. L'assistenza a tali pazienti non differisce sostanzialmente da quella usuale in caso di altre patologie. In tale contesto riveste particolare importanza il ruolo dello psicologo per la comprensione delle preferenze del paziente, per la promozione della comunicazione fra paziente, familiari e l'équipe di assistenza. Gli specifici progetti da promuovere relativi alle cure palliative dei malati affetti da scompenso riguardano i differenti ambiti: assistenziali (al domicilio e in hospice), formativo, nella ricerca e nell'informazione alla popolazione.



Università degli Studi di Foggia Facoltà di Medicina e Chirurgia

BANDO DI AMMISSIONE AL MASTER IN "Medicina Generale con interesse specialistico. indirizzo cardiologico / indirizzo pneumologico"

A.A. 2009/2010

MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO

Prot. n.26986

OBIETTIVI FORMATIVI

Il Master, attivato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia, intende fornire al Medico di Medicina Generale specifiche competenze nell'ambito delle Malattie Cardiovascolari o delle Malattie Respiratorie ed in particolare per quelle malattie, nell'ambito della più ampia specialità, di maggiore interesse per la propria attività professionale in ragione della loro prevalenza e morbilità nel setting delle cure primarie.

Il Master consentirà pertanto di approfondire gli aspetti clinici relativi all'ipertensione arteriosa sistemica, alla cardiopatia ischemica e allo scompenso cardiaco, per quanto all'indirizzo cardiologico; all'asma bronchiale, alla broncopneumopatia cronica ostruttiva e all'insufficienza respiratoria, per quanto all'indirizzo pneumologico. Altresì il Master consentirà di acquisire i principi della prevenzione e le competenze per la diagnostica di base nei rispettivi indirizzi.

Il ruolo del Medico di Medicina Generale con Interesse Specialistico (in inglese: GPwSI/General Practitioner with Special Interest), al termine del Master, sarà particolarmente apprezzato in un rapporto rigorosamente "peer to peer" con gli altri suoi Colleghi, all'interno delle Forme Associate dell'Assistenza Primaria (medicina in rete, medicina di gruppo, centri polifunzionali territoriali, etc.), nell'assistenza domiciliare, nelle strutture residenziali territoriali (case protette, ospedali di comunità, hospice, etc.), e/o del Distretto Sanitario in cui sarà chiamato ad operare, e potrà essere quello di:

- fornire qualificate prestazioni diagnostiche di primo livello: elettrocardiografia e monitoraggio pressorio 24h (ABPM) per l'indirizzo cardiologico; spirometria, pulsossimetria e allergometria cutanea per l'indirizzo pneumologico;
- attivare/supportare "ambulatori per patologia" finalizzati alla medicina d'iniziativa e al controllo ambulatoriale programmato;

- coordinare e partecipare, anche in qualità di tutor, ai percorsi di formazione professionale continua dei medici di medicina generale e delle altre figure del team delle cure primarie (infermieri, dietisti, fisioterapisti, etc.);
- collaborare, anche attraverso le attività di cui ai punti soprelenati, allo sviluppo del "livello delle cure intermedie", colmando il vuoto esistente e garantendo una migliore integrazione fra territorio e ospedale, oltre che un più appropriato accesso alle cure di secondo/terzo livello (riducendo i ricoveri impropri), la presa in carico delle dimissioni precoci (dimissioni protette), e più in generale, un migliore collegamento interdisciplinare.

ORGANIZZAZIONE DEL CORSO E CONSEGUIMENTO DEL TITOLO FINALE

Il Master di II livello in "Medicina Generale con interesse specialistico. Indirizzo Cardiologico / indirizzo Pneumologico" è articolato complessivamente in 6 moduli.

Nei primi 2 moduli, comuni ai due indirizzi, verranno trattati i seguenti argomenti:

- Principi di cardiologia e pneumologia per il medico di medicina generale;
- Prevenzione cardiovascolare e respiratoria;

Negli ulteriori 4 moduli, diversi per ciascun indirizzo, verranno trattati i seguenti argomenti:

Indirizzo Cardiologico:

- Ipertensione arteriosa
- Cardiopatia Ischemica e scompenso cardiaco
- Elettrocardiografia

- ABPM

Indirizzo Pneumologico

- Asma bronchiale
- BPCO e Insufficienza respiratoria
- Test di funzionalità respiratoria
- Allergometria cutanea

Il Master ha durata annuale per un totale complessivo di 1500 ore, corrispondenti a 60 crediti formativi.

La frequenza al corso di Master è obbligatoria. Ai fini del conseguimento del titolo finale, ciascun partecipante dovrà avere frequentato almeno il 70% delle ore di didattica frontale e il 95% delle ore di stage.

Le lezioni della parte formativa si svolgeranno presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia, sita in Viale L. Pinto (presso gli OO.RR. di Foggia) e presso l'Ospedale d'Avanzo.

Al termine delle attività formative è prevista una prova finale che consisterà nella preparazione di un elaborato su uno degli argomenti affrontati durante il corso. Per poter essere ammessi alla suddetta prova i candidati dovranno presentare apposita istanza in bollo, unitamente al pagamento di una tassa di € 30,00.

Il titolo rilasciato dall'Università degli Studi di Foggia è quello di Master di II livello in **"Medicina Generale con interesse specialistico: indirizzo Cardiologico / indirizzo Pneumologico"**. Il predetto titolo ha valore accademico e prevede l'acquisizione di 60 crediti nella carriera formativa.

REQUISITI E MODALITÀ PER L'AMMISSIONE

Il Master è rivolto a tutti coloro che siano in possesso di una Laurea Specialistica/Magistrale o di un diploma di laurea conseguito secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/99 in Medicina e Chirurgia o di titoli equipollenti.

Ulteriori requisiti per l'ammissione sono: iscrizione all'albo dei Medici Chirurghi e titolarità di Convenzione per la Medicina Generale da almeno 5 anni.

I cittadini stranieri che vogliono accedere al Master dovranno ottemperare alle disposizioni di cui alla Parte Quinta, Capitolo I, della circolare M.I.U.R. 16 maggio 2008, prot. n. 1291 consultabile sul sito www.miur.it al seguente link:

http://www.studiare-initalia.it/studentistranieri/moduli/testo_delle_norme.pdf.

Gli interessati dovranno presentare la domanda di ammissione al corso, come da fac-simile allegato, reperibile, tra l'altro, presso il Dipartimento Innovazione Didattica – Macro Attività Master e Corsi di Perfezionamento (Via Gramsci 89-91), presso la segreteria didatticoorganizzativa, sita presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia in Viale L. Pinto (presso OO.RR. di Foggia), corredata da un curriculum vitae da cui si desumano tutti gli elementi ritenuti utili ai fini dell'ammissione al Master: *voto di laurea, Master universitari su Malattie dell'Apparato Respiratorio e Cardiovascolare; corsi specifici su Malattie dell'Apparato Respiratorio e Cardiovascolare o Attestati di Animatore di Formazione, Tutor Universitario, Tutor per la Formazione Specifica in Medicina Generale; Pubblicazioni nel settore Cardiorespiratorio.*

Le domande di iscrizione alle procedure preselettive del Master dovranno pervenire, **con raccomandata A.R., entro e non oltre il giorno 21.12.2009 e andranno indirizzate al Magnifico Rettore – Università degli Studi di Foggia, Via Gramsci 89-91 – 71100 Foggia**. Le domande potranno anche essere consegnate a mano all'Ufficio Protocollo, all'indirizzo indicato, il lunedì, martedì, mercoledì e giovedì, dalle ore 10,00 alle ore 12,00, e il martedì e giovedì dalle ore 15,00 alle ore 16,00.

Alla domanda dovrà essere allegata certificazione relativa ai titoli previsti dal bando, o dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato A) unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. Alla stessa si dovranno allegare i titoli posseduti indicati nel curriculum vitae.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine anzidetto.

In caso di domanda inoltrata tramite il servizio postale con raccomandata A.R. farà fede la data del giorno di ricezione della domanda da parte dell'Ufficio Protocollo, non farà fede la data del timbro dell'ufficio postale accettante; inoltre non saranno considerati i titoli, i documenti e le dichiarazioni pervenute oltre il termine suddetto.

I requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del presente bando.

I titoli, in carta semplice, devono essere allegati alla domanda stessa secondo una delle seguenti modalità:

- in originale;
- in copia autenticata;
- con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (*Allegato A alla domanda di partecipazione*);

• in fotocopia con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000 che attesti la conformità all'originale (*Allegato B alla domanda di partecipazione*); tale dichiarazione deve essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Decorsi 120 giorni dalla data di pubblicazione della relativa graduatoria di merito, i candidati devono recuperare, nei successivi 30 giorni, i titoli e le pubblicazioni allegate. Trascorso il periodo sopra indicato, l'Amministrazione non sarà tenuta alla conservazione dei suddetti titoli.

Le pubblicazioni vanno in ogni caso allegate in copia.

Tutti i candidati sono ammessi con riserva; l'amministrazione provvederà successivamente ad escludere i candidati che non siano risultati in possesso dei titoli di ammissione previsti dal presente bando.

Ai sensi della legge 05/02/1992, n. 104, i diversamente abili, in relazione al loro diritto a sostenere l'eventuale prova d'esame, dovranno indicare nella domanda gli ausili necessari per lo svolgimento della prova stessa e l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi occorrenti in relazione alla specifica disabilità.

In ottemperanza al D.lgs 30.06.2003, n. 196, l'Amministrazione si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dai candidati: tutti i dati forniti saranno trattati solo per le finalità

connesse e strumentali alla presente selezione.

Unitamente alla domanda di iscrizione alle procedure preselettive del Master i candidati dovranno presentare la ricevuta del versamento della tassa di ammissione di € 40,00, effettuata tramite bollettino postale sul c.c. n. 12578738 intestato all'Università degli Studi di Foggia, causale:

"Tassa di iscrizione alle procedure preselettive del Master in Medicina Generale con interesse specialistico: indirizzo Cardiologico / indirizzo Pneumologico".

Il mancato pagamento della tassa di iscrizione alle procedure preselettive del Master sarà causa di esclusione dalla procedura. Nel caso in cui il numero delle domande fosse superiore a quello dei posti disponibili, l'accesso al corso sarà subordinato alla valutazione dei titoli e al superamento di una prova orale.

I titoli valutabili sono:

- **voto di laurea:**
o 8 punti per voto di laurea con 110/110 con lode; 5 punti per voti da 105/110 a 110/110; 1 punto per voti inferiori a 105/110;
- **Master universitari su Malattie dell'Apparato Respiratorio e Cardiovascolare** (punti 4);
- **corsi specifici in Malattie dell'Apparato Respiratorio e Cardiovascolare o attestati di Animatore di Formazione, Tutor Universitario, Tutor per la Formazione Specifica in Medicina Generale** (massimo due punti per ogni corso o attestato fino ad un max di 4 punti);
- **Pubblicazioni nell'ambito Cardiologico o Pneumologico** (massimo 1 punto per ogni pubblicazione fino ad un max di 4 punti).

Le pubblicazioni vanno in ogni caso allegate in copia.

L'eventuale prova orale, (minimo 10 massimo 40 punti), sarà, invece, rivolta ad accertare la conoscenza dei seguenti argomenti:

- **Ruolo della Prevenzione**
- **Impatto delle patologie Cardiovascolari o patologie Respiratorie**
- **Gestione del paziente con patologie Cardiovascolari o patologie Respiratorie**

All'uopo il Collegio dei Docenti del Master nominerà apposita Commissione che stilerà, successivamente, una graduatoria di merito. La data della eventuale prova orale è fissata per il giorno 18 gennaio 2010 alle ore 12,00, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia sita in viale L. Pinto (presso OO.RR. di Foggia). I candidati dovranno presentarsi alla prova muniti di un valido documento di riconoscimento. Nel caso in cui detta prova non si svolga o venga rinviata ad altra data sarà dato avviso mediante pubblicazione sul sito internet www.unifg.it settore Formazione Post-Laurea - Master. Tale pubblicazione avrà valore di notifica a tutti gli effetti di legge.

Con provvedimento Rettorale saranno approvati gli atti e le graduatorie finali del concorso.

Verranno ammessi al Master i candidati che risulteranno utilmente collocati nella graduatoria finale formulata dalla Commissione. Il

numero minimo dei partecipanti è di 20, il massimo di 50.

Cinque posti sono riservati al personale tecnico-amministrativo con rapporto a tempo indeterminato presso l'Università degli Studi di Foggia, purché in possesso dei requisiti per l'ammissione e previa valutazione di congruità da parte del Direttore amministrativo.

In assenza di candidati riservatari i predetti posti saranno assegnati a coloro che si siano utilmente collocati nella relativa graduatoria di ammissione.

Nei casi di candidati a parità di punteggio, la precedenza sarà stabilita in base alla minore età.

La graduatoria, con il fac-simile della domanda di iscrizione, sarà pubblicata sul sito www.unifg.it (Formazione Post Laurea) e presso il Dipartimento Innovazione Didattica – Macro Attività Master e Corsi di Perfezionamento (Via Gramsci 89-91).

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Tutti gli ammessi, pena l'esclusione, dovranno presentare, al Dipartimento Innovazione Didattica – Macro Attività Master e Corsi di Perfezionamento, sito in Via Gramsci 89-91, domanda di iscrizione al Master entro il 1 febbraio 2010.

Decorso il termine per l'iscrizione, qualora residuino posti disponibili, si procederà alla chiamata dei candidati idonei non vincitori, nel rispetto della graduatoria finale di merito e fino alla copertura del massimo dei posti disponibili.

I candidati dovranno dichiarare nella domanda di iscrizione di essere a conoscenza del divieto di contemporanea iscrizione a più corsi di studio Universitari.

Il Corso prevede una quota di iscrizione di € 2.500 da versare sul c.c. n. 12578738 intestato all'Università degli Studi di Foggia, con la causale "tassa di iscrizione al Master in Medicina Generale con interesse specialistico: indirizzo Cardiologico – indirizzo Pneumologico", in due soluzioni: € 1.500 all'atto dell'iscrizione e € 1.000 entro il 31.05.2010. Oltre detta data non sarà consentita la partecipazione a qualsiasi attività didattica fintanto non si sarà proceduto al versamento della rispettiva rata di iscrizione.

Si ricorda che il mancato pagamento della II rata nei termini previsti comporterà, inoltre, l'applicazione dell'indennità di mora, così come prevista dal Regolamento tasse e contributi dell'Università degli Studi di Foggia.

È naturalmente possibile, per chi lo preferisse, versare la quota di € 2.500 in un'unica soluzione all'atto dell'iscrizione.

Per quanto non previsto dal presente bando, si rinvia al Regolamento dei Master ed alle disposizioni vigenti in materia di concorsi.

Chi desidera ricevere ulteriori informazioni può farlo consultando il sito internet www.unifg.it (Formazione Post Laurea - Master) oppure contattando il Dipartimento Innovazione Didattica – Macro Attività Master e Corsi di Perfezionamento ai n. tel. 0881-338373-312 o all'indirizzo e-mail altaformazione@unifg.it, o la segreteria didattica organizzativa presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, sita in viale L. Pinto (presso OO.RR. di Foggia), al n. tel. 0881/588044 o all'indirizzo e-mail: g.mastrulli@unifg.it.

Foggia, 26.10.2009

F.to Il Rettore
(Prof. Giuliano Volpe)

Il primo Master universitario per medici di famiglia in Italia

The first postgraduate academic Master for family doctors in Italy

Antonio Infantino^{1,2}

¹ Medicina Generale Azienda Sanitaria Locale, Bari

² IMEF – Associazione Italiana Medici di Famiglia

Correspondence to:

Antonio Infantino

antonio.infantino@tiscali.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IIPC 2009; 1, 3: 206-207

RIASSUNTO

Il “Medico di Medicina Generale con Interesse Specialistico” è un nuovo profilo della professione del medico di famiglia che, oltre a continuare a svolgere principalmente e regolarmente le funzioni tradizionali del suo ruolo, ha anche un particolare interesse e competenza in un particolare ambito di una disciplina medica specialistica, cui dedica una minima parte del suo impegno professionale. L’ambito di azione di questa figura è limitato solo a quelle malattie, di quel determinato ambito specialistico, che hanno maggiore prevalenza e morbilità nel setting delle cure primarie.

I Master universitari “di interesse specialistico” potranno contribuire al processo di riqualificazione professionale del medico di famiglia, necessario sia a far fronte a nuovi ed impellenti compiti assistenziali nella gestione territoriale delle malattie croniche che ad implementare e gestire, in quanto competenza della medicina di famiglia, il livello intermedio delle cure del SSN.

Parole chiave:

medico di famiglia, cure primarie, interesse specialistico, GPwSI

SUMMARY

The “General Practitioner with Special Interest” is a new professional profile of family doctor that, in addition to playing regularly his traditional role, also has a particular interest and skill in specialized clinical area, to which devoting a minimum part of his own work. The sphere of competence is limited only to those diseases, within that specialized area, with greater prevalence and morbidity in the primary care setting. “Special Interest” university Masters will be able to help the family doctor’s retraining process, needed to meet new and urgent tasks in the care and management of chronic diseases as well as in implementing and managing, because family medicine’s competence, the NHS intermediate care level.

Key words:

general practitioner; primary care; special interest; GPwSI

INTRODUZIONE

L’esigenza di formare il “Medico di Famiglia con Interesse Specialistico” sul modello del “General Practitioner with Special Interest/GPwSI” inglese, nasce dalla necessità oggettivamente avvertita anche nel SSN italiano di colmare, attraverso l’implementazione di un “livello intermedio delle cure”, il vuoto esistente fra il primo livello, la medicina di famiglia tradizionale, e l’ospedale, l’attuale secondo livello, pilastri del sistema storicamente alla ricerca di una integrazione ospedale-territorio tanto auspicata quanto mai raggiunta. Tale esigenza si iscrive perfettamente nella riprogettazione, già avviata, della struttura organizzativa delle Cure Primarie, caratterizzata da un forte indirizzo verso lo sviluppo delle “Forme Associative Complesse della Medicina di Famiglia” a crescente

livello di integrazione professionale (Medicina in Rete, Medicina di Gruppo, Unità Territoriali di Assistenza Primaria, Case della Salute, etc.) e dal progressivo potenziamento degli istituti dell’Assistenza Domiciliare e della Residenzialità (Ospedali di Comunità, Hospice, Case di Riposo/Protette, RSA).

Il profondo cambiamento dello scenario sanitario e della domanda di salute conseguente allo “shifting” delle cure, soprattutto ospedaliere, verso livelli assistenziali a sempre maggiore complessità in ragione del progresso tecnologico delle scienze mediche, richiede punte di maggiore competenza specifica nell’ambito della medicina generale per affrontare quelle situazioni cliniche e gestionali di cui l’ospedale non può e non deve più occuparsi, ma che allo stesso tempo non possono essere richieste indistintamente a tutti

i medici di famiglia. Allo stesso tempo questo “spostarsi in avanti” della medicina verso la sempre più alta specialità fa sì che si stia venendo sempre più a definire un nuovo ambito delle cure a livello intermedio fra l'ospedale e la medicina di famiglia che può e deve essere occupato da maggiori competenze della medicina di famiglia stessa.

D'altro canto le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie sono fra le aree cliniche di maggiore impegno nell'ambito delle cure primarie in ragione della loro prevalenza e morbilità nella popolazione generale. Per l'elevato impatto epidemiologico e socio-economico e per la globale insufficienza delle attuali risposte assistenziali ai bisogni di questi pazienti sono le aree in cui maggiormente si avverte la necessità dello sviluppo di risposte assistenziali più efficaci e sostenibili.

Il GPwSI

Il “Medico di Medicina Generale con Interesse Specialistico” è un nuovo profilo della professione del medico di famiglia che oltre a continuare a svolgere principalmente e regolarmente le funzioni tradizionali del suo ruolo, ha anche un particolare interesse e competenza in un particolare ambito di una disciplina medica specialistica cui dedica una minima parte del suo impegno professionale.¹ L'ambito di azione di questa figura è limitato solo a quelle malattie, di quel determinato ambito specialistico, che hanno maggiore prevalenza e morbilità nel “setting” delle cure primarie.

Questo nuovo profilo professionale, ove richiesto, sarà in grado di:

- supportare “peer to peer” alcune specifiche attività assistenziali dei medici di famiglia, quali ad esempio gli “ambulatori per patologia”, in funzione di una migliore integrazione ospedale/territorio;
- fornire un qualificato servizio “specialistico” intermedio finalizzato ad un miglioramento della qualità assistenziale in ambito territoriale e a un più appropriato accesso alle cure di secondo livello, delocalizzando nel contempo alcune prestazioni più vicine al cittadino e contribuendo alla riduzione delle liste d'attesa e dei ricoveri impropri, così come alla gestione delle dimissioni protette;
- promuovere la formazione continua e la tutorship nell'ambito del proprio speciale interesse rispetto ad altri colleghi medici di famiglia o ad altre figure dei team di cure primarie quali per esempio infermieri, dietisti, fisioterapisti, favorendo la crescita professionale globale di queste figure;
- creare un miglior collegamento interdisciplinare con la specialistica ambulatoriale, l'ospedale e l'università tanto nell'ambito assistenziale che in quello della ricerca clinica.

In Italia questa nuova figura comincia ad emergere, in funzione anche di alcuni Accordi Integrativi Regionali che hanno introdotto nell'ambito delle forme associative dell'assistenza primaria e dell'assistenza domiciliare, la possibilità per le Aziende Sanitarie di avvalersi di prestazioni specialistiche di primo livello, economicamente “incentivate”, da parte di Medici di Famiglia con “speciale vocazione” e competenze.

L'Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF), nelle figure dei responsabili del Dipartimento di Cardiologia, Dr. Vincenzo Contursi, e del Dipartimento di Pneumologia, Dr. Antonio Infantino, da alcuni anni segue con attenzione l'evoluzione del GPwSI nello scenario

europeo, sia da un punto di vista formativo che assistenziale, studiandone le opportunità e le possibilità di implementazione nella realtà del SSN italiano. Tre anni di divulgazione in giro per l'Italia e numerosi confronti diretti sia in Italia che all'estero con colleghi di diverse nazionalità, hanno portato questo percorso culturale a culminare in due recenti sondaggi circa il gradimento di questo nuovo profilo del medico di famiglia, tanto in ambito specialistico che della medicina generale, che hanno rispettivamente espresso un 87,5% e un 56% di pareri favorevoli all'inserimento del GPwSI nella pratica quotidiana.

Di qui l'idea di dare il via, per la prima volta in Italia, ad un percorso formativo specifico, che garantisca standard di qualità certificata e dignità accademica a questo nuovo ruolo professionale del medico di medicina generale sul modello delle Università di Bradford (UK), Middlesex (UK) e Nijmegen (NL) uniche al momento in Europa ad aver avviato questo processo di accreditamento.

Il primo Master Universitario per “Medici di Medicina Generale con Interesse Specialistico” in Italia

Dopo il lungo percorso culturale descritto, grazie alla collaborazione fra l'AIMEF e la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia nasce il Grazie alla sensibilità culturale del Prof. Matteo Di Biase, ordinario di cardiologia e direttore della Cattedra di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, e della Prof. Maria Pia Foschino Barbaro, ordinario di pneumologia e direttore della Cattedra di Malattie dell'Apparato Respiratorio, presso l'Università degli Studi di Foggia, dopo un lungo iter che ha portato finalmente l'intero Corpo Accademico ad autorizzare lo svolgimento del Master già dall'anno accademico 2009-2010, è stato recentemente pubblicato il bando di ammissione al primo Master Universitario di 2° Livello per “Medico di Medicina Generale con Interesse Specialistico”, con indirizzo cardiologico e pneumologico (http://www.unifg.it/Formazione-Post-Laurea/Master/Master.asp?id_m=128).

Il Master formerà figure in grado di strutturare al meglio quanto oggi già avviene su base vocazionale, contribuendo alla riqualificazione professionale del medico di famiglia necessaria a far fronte a nuovi ed impellenti compiti assistenziali nella gestione territoriale delle malattie croniche. Dal loro canto le Aziende Sanitarie potranno avvalersi di figure “certificate” cui affidare compiti che non possono essere richiesti indistintamente a tutti i medici di famiglia.

Un percorso “bottom up” quello del GPwSI italiano nella speranza che questo, grazie a qualche politico e/o sindacalista illuminato, possa servire ad avviare un certo numero di sperimentazioni controllate in ogni parte d'Italia (ben oltre quei pochi esempi spontanei, peraltro positivi, al momento in corso) e possa altresì dimostrare gli stessi importanti risultati raggiunti dal modello del “country hospital” inglese adattato alla realtà italiana con il modello ed il nome di “ospedale di comunità” o di “unità di degenza territoriale”, primo concreto quanto apprezzato tassello del livello delle cure intermedie del nostro SSN realizzatosi qualche anno fa ed ora in grande sviluppo, grazie ad alcune lungimiranti avanguardie della medicina generale italiana.

BIBLIOGRAFIA

1. Infantino A. Dalla GB un medico di famiglia tra ospedale e territorio in aiuto alla clinical governance. *Aria Ambiente e Salute* 2008;1;26-29.

SETTEMBRE 2009

ERS – European Respiratory Society

Vienna (Austria), 12-16 settembre 2009

Info

www.messe.at - verena.hanisich@messe.at

15th Wonca Europe Conference

Basilea (Svizzera), 16-19 settembre 2009

Info

www.congress-info.ch/wonca2009/home.php
a.studer@schlegelhealth.ch

VIII Congresso Nazionale AIUC - Associazione Italiana Ulcere Cutanee *L'ulcera cutanea difficile: regola o eccezione?*

Firenze, 23-26 settembre 2009

Info

www.congressiefiere.com - info@congressiefiere.com

1° Congresso Nazionale IFIACI (Federazione delle Società Italiane di Immunologia, Allergologia e Immunologia Clinica)

Trieste, 30 settembre - 3 Ottobre 2009

Info

www.aimgroup.eu - ifiaci2009@aimgroup.it

6° Congresso Nazionale A.G.E. *La Geriatria: punto d'incontro fra territorio ed ospedale nella gestione della "fragilità" e della "complessità di cure"*

Parma, 30 settembre - 3 ottobre 2009

Info

info@concertosrl.net

OTTOBRE 2009

XXVI Congresso Nazionale della Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa

Roma, 1-4 Ottobre 2009
Auditorium Parco della Musica

Info

www.aimgroup - sia2009@aimgroup.it

XIX Congresso Nazionale ANCE – Cardiologia Italiana del Territorio

Taormina, 6-11 Ottobre 2009

Info

www.ancecardio.it - sicex@ancecardio.it

NOVEMBRE 2009

XXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Reumatologia

Rimini, 4-7 Novembre 2009

Info

www.aimgroup.eu - sir2009@aimgroup.it

Highlight in Allergy and Respiratory Disease

Genova, 13-14 Novembre 2009

Info

www.ideacpa.com - info@ideacpa.com

XXVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale

Firenze, 26-28 Novembre 2009

Info

www.aimgroup.eu - simg2009@aimgroup.it

DICEMBRE 2009

XL Congresso Nazionale AIPO X Congresso UIP *Certezze scientifiche e criticità organizzative in Pneumologia*

Milano, 2-5 Dicembre 2009

Info

www.aiponet.it - segreteria@aiponet.it

54° Congresso Nazionale Società Italiana di Geriatria

Firenze, 2-5 Dicembre 2009

Info

www.sigg.it - sigg@promoleader.com

XXXIV Congresso Nazionale SINU *Nutrizione, la pietra d'angolo. Fabbisogni nutrizionali e salute nell'epoca del genoma*

Firenze, 11-12 Dicembre 2009

Info

www.promoleader.com - luigi.cammi@promoleader.com

70° Congresso Nazionale della Società Italiana di Cardiologia

Roma, 12 dicembre 2009

Info

www.aimgroup.eu - sic2009@aimgroup.it

FEBBRAIO 2010

CardioPneumo AIMEF 2010 7° Congresso Nazionale 5th International Conference on Cardiovascular and Respiratory Disease in Family Medicine *Cuore e Respiro di Donna*

Bari, 18-20 Febbraio 2010

Info

www.cardiopneumoaimef.it - terrydellino@acmesi.net

MARZO 2010

XXIII Congresso Nazionale SNAMID *Integrazione dei percorsi assistenziali tra Medicina Generale e Medicina Specialistica*

Milano, 19-21 marzo 2010

Info

www.snamid.org

APRILE 2010

Geneva Health Forum 2010 *Globalization, Crisis, and Health Systems: Con- fronting Regional Perspectives*

Ginevra (Svizzera), 19-21 Aprile 2010

Info

www.ghf10.org - genevahealthforum2010@mci-group.com

MAGGIO 2010

The IJPC Conferences *Geriatrics in Primary Care*

Venezia, 14-16 maggio 2010

Info

segreteria@ijpc.it - annamaria-magrone@acmesi.net

GIUGNO 2010

5th IPCRG World Conference

Toronto (Canada), 2-5 giugno 2010

Info

www.theipcr.org - sam.knowles@abdn.ac.uk

SETTEMBRE 2010

ERS – European Respiratory Society Fira de Barcelona

Barcellona (Spagna), 18-22 settembre 2010

Info

www.erscongress2010.org - mdiaz@firabcn.es

OTTOBRE 2010

16th Wonca Europe Conference

Malaga (Spagna), 7-9 settembre 2010

Info

www.woncaeurope.org

NOVEMBRE 2010

The 1st IJPC Conferences on Primary Care Oncology *Breast and Colorectal Cancer*

Bari, 18-20 novembre 2010

Info

segreteria@ijpc.it - terrydellino@acmesi.net

CardioPneumo2010

Cuore e respiro di donna

CardioPneumo AIMEF 2010

7° Congresso Nazionale

5th International Conference on Cardiovascular and Respiratory Disease in Family Medicine

Endorsement and collaboration by IJPC - Italian Journal of Primary Care

BARI 18-20 febbraio 2010

Centro Congressi UNA Hotel Regina



FIRST ANNOUNCEMENT

The IJPC Conferences

Geriatrics in Primary Care

Venezia, 14-15 May 2010

Convention Center NH Laguna Palace Hotel

Controversial theoretical aspects of aging and longevity

Epidemiology and frequent problems in the elderly

Actions to improve quality in geriatrics medicine:
the interdisciplinary challenge in Primary Care

ORGANIZING SECRETARIAT

ACMESI S.R.L. - www.acmesi.net
Via Matarrese, 30 - 70124 Bari
Tel. 080.9904421 - Fax 080.9753634

Event Manager
Annamaria Magrone
annamaria.magrone@acmesi.net

www-edicare.it

Edicare Publishing S.r.l.

Editoria Medico-Scientifica
Graphic & Editorial
Scientific Editing
Teaching & E-Learning
Meeting & Congress
Web & Multimedia
Marketing & Advertising

Sede Legale & Uffici

20129 Milano - Corso XXIII Marzo 63
70124 Bari - Viale Papa Pio XII 4/F

Sede Operativa & Commerciale

70124 Bari - Via Edmondo Caccuri 7
70124 Bari - Via Salvatore Matarrese 12/30
Tel.: +39 080 9904421 | Fax: +39 080 9753634
info@edicare.it

Redazione & Ufficio Stampa

70124 Bari - Via Salvatore Matarrese 12/30
71100 Foggia - Via Benedetto Croce 85/F
Tel.: +39 080 9904421 | Fax: +39 080 9753634
info@edicare.it

PARTNERSHIP



FIRST ANNOUNCEMENT

The IJPC Conferences

ONCOLOGY for Primary Care

1th IJPC Conference on Primary Care Oncology

Bari, 18-20 November 2010

Conference Center – Sheraton Nicolaus Hotel

Breast and Colorectal Cancer

Prevention and Screening

Early diagnosis

Innovation and appropriateness of diagnostic and therapeutic

Adverse reactions and follow-up

Psycho-Oncology

ORGANIZING SECRETARIAT

ACMESI S.R.L. - www.acmesi.net
Via Matarrese, 30 - 70124 Bari
Tel. 080.9904421 - Fax 080.9753634

Event Manager
Terry Dellino
terrydellino@acmesi.net

Le scelte importanti per gestire un evento cardiovascolare

Indica le soluzioni possibili

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

www.ijpc.it

codice magazzino: 60516570
codice documentum: IT.IRB.09.11.03