

## GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE- TERRITORIO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

### DEFINIZIONE

Lo scompenso cardiaco (SC) può essere definito come una “*sindrome clinica complessa causata da qualsiasi disordine strutturale o funzionale che alteri la capacità contrattile e di rilassamento dei ventricoli*” (Regione Toscana, Consiglio Sanitario Regionale, Linee Guida, Diagnosi e Cura dello Scompenso Cardiaco, documento 5, marzo 2007).

E' importante precisare tuttavia che in realtà, a tutt'oggi, non è possibile una definizione semplice, obbiettiva ed esaustiva di SC in quanto la diagnosi rimane di fatto affidata alla valutazione clinica (anamnesi, esame fisico, indagini strumentali), mancando valori di riferimento di disfunzione cardiaca o ventricolare che possano con certezza consentire l'identificazione di pazienti con scompenso.

La Società Europea di Cardiologia ha ritenuto essenziali ai fini della diagnosi le seguenti componenti cliniche: dispnea o astenia (sia a riposo che da sforzo), edema declive ed evidenza obiettiva di disfunzione cardiaca maggiore a riposo.

### EPIDEMIOLOGIA

Lo SC è una patologia ad elevata prevalenza. Si stima che in Europa almeno 10 milioni di persone con età media pari a 74 anni ne siano interessate. I dati relativi alla epidemiologia dello SC sul territorio nazionale italiano derivano prevalentemente dal registro IN-CHF ( Italian Network on Congestive Hearth Failure), nel quale risultano ad oggi arruolati circa 26.000 pazienti. Dall'analisi del database emerge che l'età media dei pazienti affetti è di 65 anni e che l'eziologia prevalente (39% dei casi) è rappresentata dalla cardiopatia ischemica, seguita dalla cardiopatia dilatativa e ipertensiva. Circa il 26% dei pazienti è in classe NYHA III – IV , indicando dunque un livello di malattia già avanzato. Anche a causa dell'età, sono frequentemente presenti patologie concomitanti (disfunzioni renali, broncopneumopatia cronica ostruttiva, etc.), che complicano il quadro clinico e che rendono spesso necessario il ricorso al ricovero in ospedale: in Italia lo scompenso è la prima causa di ricovero dopo il parto.

Alla luce di ciò, è evidente l'impatto che la malattia ha sui costi sanitari; si stima che lo SC incida in Europa per circa il 2% della spesa complessiva dei sistemi sanitari nazionali.

## CARICO ASSISTENZIALE : IL CHRONIC CARE MODEL

Lo SC si configura pertanto come una sindrome cronica, a significativo impatto clinico e sociale a causa dell'elevata morbilità e mortalità e delle ripercussioni economiche, organizzative, psico-affettive e familiari connesse al carattere imprevedibile e spesso invalidante della patologia.

Alla luce della elevata prevalenza, che si stima peraltro in aumento a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, come per altre condizioni croniche, anche per lo SC non possono essere più considerate vincenti strategie assistenziali "attendiste" e "sintomatiche", che, per quanto tradizionalmente consolidate, dovranno necessariamente essere abbandonate a favore di un'approccio più propriamente prognostico e preventivo e quindi di interventi in grado di prevenire l'insorgenza della malattia attraverso l'applicazione di uno stile di vita adeguato, che comprenda gli aspetti nutrizionali e l'esercizio fisico.

E' proprio nella scelta della logica proattiva della Medicina d'iniziativa, in luogo di quella più passiva della Medicina d'attesa, che si realizza il Chronic Care Model, esplicitato nei suoi obiettivi e principi fondanti nel PSR 2008-2010.

Il Chronic Care Model si configura come un modello organizzativo di presa in carico nel quale il cittadino, al centro del sistema, viene reso esperto da opportuni interventi di informazione e addestramento ed interagisce, attraverso un piano assistenziale personalizzato e condiviso, con il team multiprofessionale composto da MMG, infermieri e operatori socio-sanitari.

Spetta alle Cure Primarie l'ambizioso compito di curare la programmazione e il coordinamento degli interventi a favore dei malati cronici, allo scopo di garantire ai pazienti e ai loro familiari una migliore qualità di vita e la possibilità di gestire al meglio la malattia, attraverso l'adozione di corretti stili di vita, il monitoraggio dei parametri fisici e il corretto uso dei farmaci.

Evidenze scientifiche hanno infatti dimostrato che i pazienti che ricevono un'assistenza integrata e un supporto educativo al self-management, all'autocura e al follow-up, migliorano clinicamente e meno frequentemente ricorrono alle cure ospedaliere.

## SCOPO

Elaborazione di un protocollo assistenziale condiviso e programmato Territorio-Ospedale-Territorio per la gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico o riacutizzato. Tale protocollo, basato sulla logica prognostica e preventiva prevista dal Chronic Care Model, dovrà essere funzionale, agevole e costruito sulle esigenze assistenziali dei singoli pazienti **con diagnosi certa di scompenso cardiaco secondo**: integrazione tra risorse professionali e strumentali ospedaliere e potenzialità assistenziali territoriali al fine di rispondere ai bisogni dei pazienti in ogni particolare fase della malattia secondo una rete integrata di cure.

## **OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI**

1. Promuovere l' *empowerment* e il miglioramento della *compliance* attraverso l'addestramento del paziente da parte di personale sanitario adeguatamente formato, ad una autogestione consapevole ed efficace della malattia, che consenta di rallentare il decorso e di affrontare adeguatamente l'insorgenza di condizioni acute.
2. Attivazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici basati su una forte integrazione tra specialistica territoriale, ospedaliera e Medicina Generale, volti ad ottimizzare l'assistenza al paziente cronico, rendendola sempre più uniforme e qualificata, al miglioramento della qualità della vita e a ridurre i ricoveri ospedalieri alle situazioni di stretta necessità.
3. Ridurre la morbilità per insufficienza cardiaca nei pazienti ad alto rischio attraverso l'adozione di corretti stili di vita, di idonee abitudini alimentari, e l'esercizio fisico, quali strumenti di prevenzione e indispensabili sussidi alla corretta gestione della patologia conclamata.
4. Standardizzare i percorsi di presa in carico e l'erogazione dell'offerta assistenziale attraverso l'istituzione di ambulatori dedicati e la strutturazione di classi di pazienti omogenee per rischio, grado di patologia e necessità assistenziali.
5. Promuovere un approccio integrato nella gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico attraverso la condivisione dei percorsi e protocolli nell'ambito del team multiprofessionale (MMG–specialista-IP-oss ), cui è demandata la presa in carico globale del paziente.
6. Ottimizzare la cura attraverso l'applicazione di linee guida e l'approccio assistenziale evidence-based.
7. Adeguare i programmi di gestione informatizzata e la condivisione dei dati registrati su apposita scheda

## **APPLICABILITÀ**

Da parte del personale medico ed infermieristico delle UOC Ospedaliere coinvolte e del personale medico ed infermieristico del territorio

## **IL PERCORSO**

Il percorso è articolato nelle seguenti 5 fasi, successivamente riassunte nello schema.

**FASE 1: IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI**

**FASE 2: ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI**

**FASE 3: COUNSELING DEI PAZIENTI**

**FASE 4: FOLLOW UP DEI PAZIENTI STABILIZZATI**

**FASE 5: GESTIONE PAZIENTI INSTABILI**

## **FASE 1 : IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI**

La fase 1 del percorso prevede l'individuazione dei pazienti con scompenso cardiaco secondo la definizione di caso di cui all' allegato C della DGRT 355/2010 a partire dai dati estratti dagli archivi dei MMG.

### **FASE 1**

<b>Procedure</b>	<b>Professionisti:ruoli</b>	<b>Sede della prestazione</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Note</b>
Predisposizione elenco pazienti con scompenso cardiaco secondo la definizione di caso di cui all'allegato C DGRT 355/2010	MMG	Ambulatorio modulo	Da 3 a 6 mesi (a decorrere dalla formalizzazione del modulo). Aggiornamento periodico	Messa a disposizione elenco pazienti con scompenso cardiaco	

## FASE 2 : ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI

### FASE 2

La fase 2 del percorso prevede l'arruolamento dei pazienti individuati nella prima fase attraverso invito, tramite contatto diretto telefonico, ad un incontro informativo presso l'ambulatorio del MMG nel quale saranno esposti obiettivi e tempi del progetto e sarà acquisita la adesione al progetto e/o al percorso assistenziale mediante sottoscrizione del consenso informato da parte del paziente.

<b>Procedure</b>	<b>Professionisti:ruoli</b>	<b>Sede della prestazione</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Note</b>
Invito per contatto diretto telefonico e predisposizione agenda appuntamenti	<b>Collaboratore di Studio (ove possibile)/ Infermiere</b>	ambulatorio modulo	Entro 9 mesi	Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)	
Acquisizione consenso informato	<b>MMG</b>	ambulatorio modulo	Primo contatto del paziente con MMG dopo ricezione informativa/contatto telefonico	-----	

### **FASE 3 : COUNSELLING DEI PAZIENTI**

Sono strutturati incontri rivolti a classi di pazienti omogenee per patologia o per rischio di patologia ove inclusi, secondo metodiche scientificamente validate. Finalità perseguite attraverso le attività di counseling sono: 1) educazione a idonei stili di vita che possano contribuire a prevenire nei pazienti a rischio la comparsa di sintomi e, nei soggetti già diagnosticati, la progressione della patologia (complicanze e disabilità); 2) *empowerment* del paziente; 3) acquisizione di sicurezza e autonomia nella gestione degli aspetti pratici, sociali e psico-emozionali connessi alla propria condizione.

### **FASE 3**

<b>Procedure</b>	<b>Professionisti: ruoli</b>	<b>Sede della prestazione</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Note</b>
Invito Counseling di gruppo	Collaboratore di studio/Infermiere	ambulatorio Modulo	almeno 7 gg prima dell'incontro		chiamata telefonica
Counseling di gruppo: Accoglienza; ascolto attivo dei bisogni; supporto informativo e/o educativo su stili di vita e aspetti assistenziali; promozione di atteggiamenti attivi; educazione al self management; orientamento alla rete e servizi; Family coach	MMG/Infermiere/altro professionista	ambulatorio Modulo		Counseling di gruppo in $\geq 70\%$ assistiti inseriti nel percorso	

## FASE 4 : FOLLOW UP DEI PAZIENTI

Il follow-up garantisce la presa in carico costante e personalizzata del paziente, attraverso un percorso standardizzato che prevede controlli a cadenza prefissata sia presso sia l'ambulatorio del MMG che presso l'ambulatorio per lo scorporo dell'ospedale di riferimento; ai fini di un'ottimizzazione del monitoraggio, il MMG o lo specialista potranno ovviamente introdurre *in itinere* eventuali correzioni dello schema terapeutico o della tempistica degli esami di controllo/approfondimento, qualora queste siano ritenute necessarie sulla base delle condizioni cliniche del paziente.

### FASE 4

Target	Procedure	Professionisti:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori	Note
<b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA I E II</b>	Controllo referti esami ematochimici e strumentali ; esame clinico generale;	MMG	ambulatorio Modulo	Ogni 6 mesi	Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)	

<p><b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA I E II</b></p>	<p>ECG</p> <p>PA; <b>MUST?</b>; peso corporeo con calcolo BMI; valutazione polsi periferici ; verifica attuazione piano dietetico; verifica attuazione istruzioni per autocontrollo; valutazione dei comportamenti (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione) ; Annotazione in cartella e prenotazione esami successivi;</p> <p>Inserimento pazienti in agenda infermiera e agenda medico (in funzione dell'intervallo di tempo necessario stabilito dal protocollo); Richiamo attivo dei pazienti</p>	<p>Infermiere</p>	<p>ambulatorio Modulo</p>	<p>Ogni 6 mesi</p>	<p>Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)</p>	
--	---	-------------------	---------------------------	--------------------	---	--

<p><b>Pazienti stabilizzati</b> <b>Classe NYHA I E II</b></p>	<p>qualche giorno prima della visita programmata; Stampa richieste previste dal protocollo e loro prenotazione; Inserimento dati in cartella prima della visita infermieristica e MMG ( se non attivi meccanismi automatici di inserimento referti in cartella ); Rinforzo messaggi sull'autogestione e l'autocontrollo Preparazione dei report periodici di valutazione dell'esperienza</p>	<p>Infermiere</p>	<p>Ambulatorio modulo</p>	<p>Ogni 6 mesi</p>	<p>Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)</p>	
---	--	-------------------	---------------------------	--------------------	---	--

<b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA I E II</b>	Ecocardiogramma+ visita cardiologica + ECG	Cardiologo	Ambulatorio per lo scompenso dei tre ospedali di riferimento	ogni 24 mesi	Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)	I controlli presso l'ambulatorio per lo scompenso di riferimento saranno prenotati direttamente dallo specialista secondo il cronoprogramma condiviso con i MMG .Il cardiologo potrà, qualora lo ritenga opportuno, modificare la cadenza dei controlli per una più stretta monitorizzazione
---	--	------------	--	--------------	--	---

<b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA I E II</b>	Consulenza nutrizionale	Dietista	Ambulatorio territoriale	Ogniqualvolta ritenuto necessario per rinforzare l'aderenza alle modificazioni terapeutiche dello stile di vita e prevenire/trattare l'eventuale stato di malnutrizione per difetto o per eccesso	Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)	
---	----------------------------	----------	-----------------------------	--	--	--

<b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA III</b>	Controllo referti esami ematochimici e strumentali ; esame clinico generale;	MMG	ambulatorio Modulo	Ogni 3 mesi	Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)	
--	---	-----	--------------------	-------------	--	--

<p><b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA III</b></p>	<p>ECG</p> <p>PA; MUST; peso corporeo con calcolo BMI; valutazione polsi periferici ; verifica attuazione piano dietetico; verifica attuazione istruzioni per autocontrollo; valutazione dei comportamenti (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione) ; Annotazione in cartella e prenotazione esami successivi;</p> <p>Inserimento pazienti in agenda infermiera e agenda medico (in funzione dell'intervallo di tempo necessario stabilito dal protocollo); Richiamo attivo dei pazienti</p>	<p>Infermiere</p>	<p>ambulatorio Modulo</p>	<p>Ogni 3 mesi</p>	<p>Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)</p>	
---	---	-------------------	---------------------------	--------------------	---	--

<p><b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA III</b></p>	<p>qualche giorno prima della visita programmata;  Stampa richieste previste dal protocollo e loro prenotazione;  Inserimento dati in cartella prima della visita infermieristica e MMG ( se non attivi meccanismi automatici di inserimento referti in cartella );  Rinforzo messaggi sull'autogestione e l'autocontrollo  Preparazione dei report periodici di valutazione dell'esperienza</p>	<p>Infermiere</p>	<p>Ambulatorio modulo</p>	<p>Ogni 3 mesi</p>	<p>Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)</p>	
---	--	-------------------	---------------------------	--------------------	---	--

<b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA III</b>	Ecocardiogramma+ visita cardiologica + ECG	Cardiologo	Ambulatorio per lo scompenso dei tre ospedali di riferimento	ogni 12 mesi	Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)	I controlli presso l'ambulatorio per lo scompenso di riferimento saranno prenotati direttamente dallo specialista secondo il cronoprogramma condiviso con i MMG .Il cardiologo potrà, qualora lo ritenga opportuno, modificare la cadenza dei controlli per una più stretta monitorizzazione
--	--	------------	--	--------------	--	---

<b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA III</b>	Consulenza nutrizionale	Dietista	Ambulatorio territoriale	Ogniqualvolta ritenuto necessario per rinforzare l'aderenza alle modificazioni terapeutiche dello stile di vita e prevenire/trattare l'eventuale stato di malnutrizione per difetto o per eccesso	Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)	
--	----------------------------	----------	-----------------------------	--	--	--

<p><b>Pazienti stabilizzati Classe NYHA I, II e III</b></p>	<p>Altre Consulenze eventualmente necessarie <b>a)</b> non mediche <b>b)</b> Mediche</p>	<p>Singoli Professionisti Sanitari, Medici e non</p>	<p>Sedi di competenza</p>	<p>ogni qualvolta sia ritenuto necessario ai fini del percorso assistenziale</p>		
---	--	--	---------------------------	--	--	--

### FASE 5: PAZIENTI NON STABILIZZATI

Per i pazienti non stabilizzati, o in fase molto avanzata di malattia vengono attivate tutte le risorse territoriali di presa in carico a domicilio (ADP;ADI) . Sono predisposti inoltre specifici canali d'accesso in ospedale per ricovero o consulenza immediata o programmata.

### FASE 5

	Procedure	Professionisti:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori	Note
<b>Regime ADP/ ADI ( se paziente fragile)</b>	Prima visita – valutazione grado di autosufficienza	MMG, Infermiere, Cardiologo, Medico di Comunità, Assistente Sociale	Domicilio	attivazione nelle 24 h	Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)	l'attivazione della consulenza h72 può avvenire attraverso num cellulare attivo dalle 8.30 alle 13.30 o via e-mail (AOUS) o num medico di guardia (AOUS e USL7). Il paz. può essere valutato presso l'ambulatorio specifico per lo scompenso oppure in ambulatorio d cardiologia oppure indirizzato direttamente al ricovero programmato
	Monitoraggio ( <b>valutazione parametri vitali:</b> FC; PA; Diuresi; eventuali sintomi e segni scompenso; peso corporeo, corretta assunzione farmaci, regolarità assunzione alimentare)	Infermiere				

	Consulenza nutrizionale	Dietista	Ambulatorio Territoriale	Ogniqualevolta ritenuto necessario per rinforzare l'aderenza alle modificazioni terapeutiche dello stile di vita e prevenire/trattare l'eventuale stato di malnutrizione per difetto o per eccesso	Indicatori Regionali (come da DGRT 355/2010)	
	Gestione peggioramento clinico: contatto con MMG ed attivazione telefonica/telematica di eventuale consulenza specialistica	Infermiere, MMG, paziente o familiare	Domicilio-Ambulatorio ospedaliero dedicato	consulenza specialistica immediata, urgente o rapidamente programmata tramite recapito tel. attivo h24 (medico guardia) o cellulare		
	Ospedalizzazione: condivisione obiettivi e percorsi assistenziali	team ospedaliero/team territoriale	Ospedale	Quanto prima dal momento del ricovero		
	Ricovero urgente	MMG; Cardiologo di riferimento; 118;	P.S.	immediato		

### **DEFINIZIONE DI CASO ( Allegato C DGRT 335/2010)**

La diagnosi di scompenso cardiaco è accertata dal Medico di Medicina Generale sulla base dei seguenti criteri:

- Presenza di sintomi e segni, pregressi o attuali, di scompenso cardiaco: dispnea e/o astenia e/o ritenzione idrica (edemi periferici e/o stasi polmonare), e
  - Presenza di cardiopatia strutturale (disfunzione ventricolare sinistra sistolica con frazione di eiezione, FE,  $\leq 50\%$  e/o diastolica e/o destra) evidenziata con esame ecocardiografico effettuato almeno una volta (anche prima dell'arruolamento)
- oppure
- Evidenza clinica inequivocabile di scompenso cardiaco

## INDICATORI

PROGR	INDICATORE	TIPO	FONTE	TEMPISTICA	T/VALUT AZIONE	RILEVAZ.	VERIFICA	STAR T-UP	RISULTATO ATTESO	VARIAB ILTA'	REPORT
∞	Messa a disposizione elenco con scompenso cardiaco secondo la definizione di caso di cui all'allegato C della DGR 355/2010	Processo	Archivio Modulo MMG	Semestrale	0	Coord	Medico Comunità	NO	Numero pazienti pari almeno a prevalenza scompenso cardiaco del 1.5%	+/- 0,50%	Scheda Regione
1	% pazienti che hanno effettuato almento una misurazione di sodio e potassio	Processo	ASL	Trimestrale	Mese 12	Sis Inf Az.li	Medico Comunità/Coord.	SI	> 20% rispetto a valore di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG	no	Scheda Regione
2	% pazienti con registrazione 3 valori di peso corporeo per 1 anno	Processo	Archivio Modulo MMG	Semestrale	Mese 12	Coord.	Medico Comunità	SI	> 50% rispetto a valore di partenza o almeno 70% dei pazienti in carico a MMG	no	Scheda Regione
3	% pazienti in terapia con ACE-inibitori e/o sartani	Processo	ASL	Trimestrale	Mese 12	Sis Inf Az.li	Medico Comunità	SI	> 50% rispetto a valore di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG	no	Scheda Regione
4	% pazienti in terapia con beta-bloccanti *	Processo	ASL	Semestrale	Mese 12	Sis Inf Az.li	Medico Comunità	SI	> 20% rispetto al valore di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG	no	Scheda Regione
5	% counselling (educazione all'autogestione della patologia) individuale o di gruppo	Processo	Archivio Modulo MMG	Trimestrale	Mese 12	Coord	Medico Comunità	NO	almeno 70% dei pazienti in carico ai MMG	no	Scheda Regione
6	Tasso di ricovero di pazienti con scompenso cardiaco in carico ai MMG di un modulo	Esito	ASL	Trimestrale	Mese 12	Sis Inf Az.li	Med. Com./Coord	SI	<15 % rispetto a valore di partenza del modulo o comunque entro la media regionale	no	Scheda Regione

**Nota:** \*secondo le indicazioni delle L.G.regionali; **Presa in carico:** Consegna elenco ; **Obiettivo Intermedio:** Raggiunti 3 obiettivi Obiettivo Finale: Raggiunti 5 indicatori **NB:** Tutti gli indicatori sono soggetti a revisione periodica. Si richiama l'impegno della Medicina Generale ad integrare i programmi di AFA in tutti percorsi assistenziali