



Regione Siciliana



ASP
Messina



A.O.
PAPARDO
PIEMONTE

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI



A.O.U.

Percorso
Diagnostico
Terapeutico
Assistenziale
nello
Scompenso
Cardiaco

Revisione
2014

Rete Provinciale di Messina

PDTA Scompenso Cardiaco ^(R#1) - Provincia di Messina

Documento curato da

Cesare de Gregorio, Prof. Aggregato Mal. Cardiovascolari, AOU Policlinico Messina

Santina Patanè, Cardiologo, Azienda Ospedaliera Papardo-Piemonte, Messina

Domenico Buda, Specialista Ambulatoriale Cardiologo, ASP 205, Messina

Antonio Campisi, Medico di Medicina Generale Cardiologo, Messina

Con la collaborazione del Dott. Fabrizio Sansone, UO di Cardiocirurgia, AO Papardo

Indice degli argomenti

Premessa, pag. 4

Obiettivi Strategici, pag. 4

PARTE 1ª - ASSETTI ORGANIZZATIVI, pag. 5

ASSISTENZA CARDIOLOGICA NELLA RETE PROVINCIALE
AMBULATORI DEL MMG E DEL CARDIOLOGO TERRITORIALE (1° LIVELLO)
AMBULATORI OSPEDALIERI (2° LIVELLO)
RETE DELLE URGENZE (3° LIVELLO)
ASSISTENZA INFERMIERISTICA
SPORTELLI DEL PAZIENTE CRONICO

PARTE 2ª - CLASSIFICAZIONE E SETTING ASSISTENZIALE, pag. 12

DIAGNOSI DI SCOMPENSO CARDIACO
STADIAZIONE MORFO-FUNZIONALE
SINTOMI E SEGNI TIPICI DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA
ESAMI RACCOMANDATI IN TUTTI I PAZIENTI
ESAMI RACCOMANDATI IN PAZIENTI SELEZIONATI

PARTE 3ª - PERCORSI ASSISTENZIALI E TERAPEUTICI, pag. 16

FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE
ARRUOLAMENTO NELL'A.G.I.
A.G.I. SCOMPENSO CARDIACO
PERCORSO PAZIENTE ASINTOMATICO SENZA DANNO STRUTTURALE
PERCORSO PAZIENTE OLIGOSINTOMATICO CON DANNO STRUTTURALE
PERCORSO PAZIENTE SINTOMATICO CON DANNO STRUTTURALE
GESTIONE PAZIENTE GRAVEMENTE SINTOMATICO CON DANNO STRUTTURALE

PARTE 4ª - PERCORSI TER. NELLA FASE DI INSTABILIZZAZIONE E POST-DIMISSIONE, pag. 32

FASE DI INSTABILIZZAZIONE
GESTIONE PAZIENTE OSPEDALIZZATO
INDICAZIONI TERAPEUTICHE

PARTE 5ª - PERCORSI TERAPEUTICI AVANZATI E CARDIOCHIRURGIA, pag. 50

PRESIDI E DEVICES
TERAPIE ELETTRICHE, CRT-ICD
ADERENZA ALLA TERAPIA
CARDIOCHIRURGIA

PARTE 6ª - PERCORSI OPERATIVI connessi all'A.G.I. Scompenso Cardiaco, pag. 55

1° INCONTRO COL PAZIENTE NELL'AMB. A.G.I. SCOMPENSO
INCONTRI SUCCESSIVI
FOLLOW-UP
DIMISSIONI FACILITATE E PROTETTE

Riferimenti Bibliografici, pag. 63

Premessa

In attuazione alle indicazioni del piano AIR – Accordo integrativo regionale 2010 (Decreto Assessoriale 6/9/2010 – Gazzetta ufficiale della Regione Siciliana – Parte I n° 45 – 15/10/2010) e sulla base delle linee guida di riferimento, il gruppo di lavoro avviato nel mese di giugno 2012 presso l’Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, costituito da rappresentanti qualificati dei MMG della provincia di Messina, da Specialisti in Cardiologia e in Medicina Interna dei Poliambulatori Territoriali dell’ASP, delle Aziende Ospedaliere Provinciali e dei Presidi Ospedalieri dell’ASP 205, ha elaborato e condiviso il documento del PDTA per lo scompenso cardiaco (SC). Lo SC è una malattia grave, ad elevata prevalenza, che colpisce fino al 2% della popolazione e che aumenta con l’età (tra i 70 e gli 80 anni la prevalenza è del 10-20%), costituendo una voce di spesa sempre più rilevante per il SSN.

La gestione clinica dei pazienti affetti da SC o da patologie che possono evolvere verso lo SC, quali l’infarto miocardico e la cardiopatia ischemica, l’ipertensione, il diabete, è un problema rilevante e richiede un modello organizzativo integrato tra ospedale e territorio che garantisca un percorso adeguato di continuità terapeutica ed assistenziale, nell’ottica non solo di garantire cure appropriate, ma anche di prendersi cura della persona con SC, spesso affetta anche da altre patologie croniche e/o condizioni di fragilità.

Obiettivi Strategici

Il presente documento è stato realizzato con l’intento di:

- Effettuare una ricognizione effettiva dello SC nel territorio provinciale di Messina
- Individuare i pazienti a rischio di SC, indicando i percorsi più efficaci per la prevenzione del deterioramento clinico
- Acquisire un aggiornamento sull’eziologia predominante di SC nella realtà provinciale
- Inquadrare il paziente dal punto di vista diagnostico e terapeutico.
- Fornire i principi attuativi per garantire la continuità assistenziale al paziente, migliorarne la qualità di vita e migliorare la customer satisfaction
- Incentivare la collaborazione tra MMG e Specialista Ambulatoriale od Ospedaliero per una gestione accurata ed integrata del paziente con SC
- Promuovere le metodologie per un semplice ed efficace verifica domiciliare da parte del paziente degli effetti della terapia
- Migliorarne la compliance e incentivare lo stile di vita più adeguato
- Centralizzare i servizi e garantire una rapida risposta sanitaria territoriale alle necessità dei pazienti
- Utilizzare protocolli diagnostici-terapeutico assistenziali (PDTA) condivisi ed in linea con le direttive internazionali
- Monitorare gli indicatori di processo e di esito del progetto attraverso l’analisi dei dati epidemiologici contenuti nella documentazione e nel database aziendale condiviso

PARTE PRIMA

ASSETTI ORGANIZZATIVI

Assistenza Cardiologica nella Rete Provinciale di Messina

L'Assistenza cardiologica provinciale prevede una strutturazione su tre livelli:

1° Livello – Medicina Generale e Ambulatori territoriali

Ambulatorio dedicato distrettuale

L'ambulatorio di cardiologia fornisce adeguato supporto diagnostico e terapeutico ai soggetti a rischio o in fase conclamata garantendo, oltre l'attività diagnostica e terapeutica della malattia e delle sue complicanze, anche attività al domicilio del paziente, nonché attività di informazione e di educazione sanitaria.

Svolge compiti relazionali con i soggetti cardiopatici e con i MMG, con il responsabile del distretto nonché curare i rapporti professionali con altri specialisti per la gestione delle complicanze o con i medici ospedalieri. Lo specialista cardiologo sarà coadiuvato nello svolgimento delle sue attività da un infermiere professionale.

L'ambulatorio è organizzato in modo da offrire assistenza nei giorni feriali, ed è fornito di cartelle cliniche computerizzate, e da quei supporti necessari a garantire la privacy secondo le normativa vigente.

2° Livello – Ambulatorio Ospedaliero

Con le seguenti funzioni:

- Attivare, se possibile, il servizio di day hospital o day service, per personalizzare e rendere efficiente il percorso diagnostico-terapeutico del paziente con SC. All'interno di questi servizi, possono essere attivati le prove da sforzo e i test funzionali, l'ecocardiografia di base ed avanzata, l'infusione di farmaci, il monitoraggio telemetrico, la cardioversione della fibrillazione atriale, il controllo dei pacemakers, ecc.
- Creare, per il malato ricoverato per SC, 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 nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) e di permanenza o trasferimento nei reparti di degenza ordinaria o di cure intermedie.
- Attivare, in collaborazione con il personale infermieristico, un programma educativo nell'ottica di prevenire le instabilizzazioni e la progressione della malattia, anche attraverso la preparazione di materiale didattico/educativo.
- Organizzare percorsi di formazione e aggiornamento sullo SC sia per il personale medico che per quello infermieristico, ma anche per i familiari dei pazienti.
- Promuovere l'attività scientifica nel settore e l'approfondimento specifico dei Medici Specialisti in Formazione.
- Concorrere all'identificazione, insieme agli altri referenti della Rete assistenziale, degli indicatori di struttura, processo e risultato, anche facendo riferimento a quanto già indicato dalle Società scientifiche, con focalizzazione sulla fase ospedaliera.
- Così come nell'ambulatorio del territorio, è auspicabile che A.G.I. siano attivati anche in Ospedale, con la partecipazione attiva dei MMG, ed anche prevedendo una gestione multidisciplinare del paziente con SC.

Ambulatori a Gestione Integrata (A.G.I.)

Previsti nell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale (DECRETO ASSESSORIALE 6 settembre 2010 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 45 - 15-10-2010), gli A.G.I. prevedono la partecipazione del MMG che aderisce al programma ed è chiamato a svolgere un intervento di assistenza ai propri pazienti, in "debito orario" nella sede prescelta, sino ad un massimo di circa 2 ore settimanali, nelle quali, attraverso una debita programmazione, accompagna i propri pazienti presso un ambulatorio territoriale od ospedaliero e collabora con lo specialista per definire le soluzioni più adeguate alle necessità del paziente.

Le ore svolte dal MMG vengono prestate, al di fuori dal monte orario garantito per l'attività del proprio studio, presso le sedi dell'ASP, nei Poliambulatori del Distretto (dove sono previsti A.G.I. dedicati) o degli Ospedali che hanno aderito alla rete dello Scompensato Cardiaco.

3° Livello – Rete delle Urgenze

La rete delle urgenze per lo SC va integrata necessariamente con la rete per le urgenze della cardiopatia ischemica e dell'infarto miocardico. Il malato che giunge al PSG per instabilità del quadro clinico va rapidamente inquadrato e destinato al reparto di degenza più idoneo alla problematica principale di quel momento. Tali procedure vengono dettagliate in seguito.

Assistenza Infermieristica nella Rete Distrettuale

All'interno del modello organizzativo della gestione del paziente cronico, l'Ambulatorio Infermieristico rappresenta un punto di riferimento importante nelle due sotto-organizzazioni che si devono rendere operative:

A. deve essere attivato un "A.I. dedicato al paziente cronico" (Specialistico), al fine di ottenere quanto più possibile la "demedicalizzazione" e sganciare lo specialista da attività che possono essere rese brillantemente dall'Infermiere Professionale, come la condivisione di un follow-up infermieristico, la capacità di monitorare il paziente sul piano educativo effettuando le sedute educazionali con organizzazione diretta dei gruppi, contribuendo all'empowerment e migliorando la "compliance" del paziente;

B. deve essere attivato un "A.I. Generico" utilizzabile per quanto erogabile di competenza come medicazioni, somministrazione di farmaci, ed altro.

Compiti dell'infermiere distrettuale:

- Educazione alla terapia rivolta al paziente e ai familiari
- Misurazione dei parametri per la monitorizzazione clinica del paziente
- Educazione alla gestione della terapia in funzione dei parametri clinici
- Risoluzione di eventi minori, in collaborazione con il MMG
- Aggiornamento dei database e organizzazione degli appuntamenti per le visite e gli accertamenti diagnostici
- Informazione ai paziente per l'accesso ai diversi servizi socio-sanitari previsti da questo PDTA

Lo Sportello del Paziente Cronico (PTA)

Si articola in due macro-obiettivi:

A. Accoglienza, indirizzamento e presa in carico del paziente nell'iter evolutivo della malattia, nell'uso appropriato dei servizi e nell'adesione al percorso di cura, con funzione di raccordo e facilitatore tra i vari settori coinvolti, sanitari (specialisti, infermieri e ambulatori) e amministrativi (esenzione ticket, autorizzazione presidi/ausili, patente speciale, ecc) utilizzando good practice ed arginando il girovagare dei pazienti in cerca di soluzioni adeguate ai loro problemi.

B. Attività di informazione ed educazione sanitaria strutturata, svolta in accordo al piano di cura definito dal MMG e specialista ambulatoriale e condivisa con l'infermiere specializzato.

Attività previste

- Efficacia informativa nelle fasi di ingresso e di follow-up (accesso, accoglienza, invio e presa in carico) del paziente
- Utilizzazione di e-mail aziendali (Sportello Cronici) per la richiesta/invio di prenotazioni specialistiche all'utente e comunicazione ai servizi sanitari. L'ASP Messina ha assegnato ad ogni Sportello Cronici distrettuale una specifica e-mail:
 - ✓ sportellocronici.messina@asp.messina.it
 - ✓ sportellocronici.milazzo@asp.messina.it
 - ✓ sportellocronici.lipari@asp.messina.it
 - ✓ sportellocronici.barcellona@asp.messina.it
 - ✓ sportellocronici.patti@asp.messina.it
 - ✓ sportellocronici.santagata@asp.messina.it
 - ✓ sportellocronici.mistretta@asp.messina.it
 - ✓ sportellocronici.taormina@asp.messina.it
- Utilizzo di un registro informatizzato del paziente con SC (dati anagrafici, tipo di patologia rilevata, visite effettuate, medici curanti, appropriatezza diagnostica, dati delle strutture sanitarie coinvolte nel percorso di cura, ecc.)
- Sistema cronologico di prenotazione secondo un sistema per criteri di priorità di accesso: stratificazione nel sistema informatico aziendale dei posti per visite secondo:
 - visita di controllo ed autorizzazione farmaco e presidi
 - rivalutazione terapia per pazienti in compenso labile
 - accessi urgenti

- Procedure assistenziali semplificate (in unico accesso per prenotazione) per visite, rilascio pratiche amministrative, esenzione ticket, presidi eventualmente dispensabili, programmazione visite strumentali e specialistiche erogate, ecc..
- Applicazione di protocolli di follow-up condivisi per la gestione integrata del paziente con SC tra MMG, Cardiologi ed altri Specialisti (anche distrettuali), attraverso la programmazione di un follow-up personalizzato, secondo la specificità della patologia del paziente.
- Richiamo telefonico delle visite con effetto di aderenza al piano di cura e riduzione dei tempi di attesa del paziente.
- Costruzione e Somministrazione di questionari pre e post sedute educazionali.

Compiti degli Operatori dello Sportello Distrettuale:

- Registrare il paziente inviato dal MMG su sistema informatizzato del registro distrettuale pazienti cronici
- Curare e trattenere i moduli relativi al trattamento dei dati personali del paziente e il consenso a partecipare al PDTA
- Programmare e prenotare l'accesso dei pazienti, secondo un agenda concordata con i MMG e con gli Specialisti del Territorio o dell'Ospedale, le visite specialistiche di inquadramento diagnostico, stadiazione delle complicanze, ottimizzazione terapeutica
- Ove necessario, su indicazione del MMG e/o dello Specialista, inviare il paziente all'ambulatorio infermieristico specializzato
- Attivare le procedure di snellimento del percorso assistenziale dei pazienti e programmare le visite successive alla prima e quelle di controllo, alla presenza del MMG o altro Specialista per una valutazione multidisciplinare integrata del paziente
- Concordare, anche telefonicamente, tempi ed orari delle visite congiunte in AGI per i pazienti registrati presso l'ASP 205
- Applicare i PDTA indicati ed attivare pacchetti assistenziali personalizzati
- Provvedere alla gestione del paziente con SC nella fase successiva ad instabilizzazione (post-ricovero)

Iter

Il paziente può arrivare allo sportello individualmente o inviato dal MMG, da uno Specialista distrettuale o di un Presidio Ospedaliero. Lo sportello programma e prenota le prestazioni con (o senza) impegnativa SSN redatta dal MMG o dallo Specialista inviante secondo le esigenze del paziente, da consegnare il giorno delle visite prenotate. Informa il paziente sul percorso e sulle attività offerte. Il paziente informato, se interessato, rilascia dichiarazione di assenso a partecipare al programma del PDTA scompenso cardiaco, a fornire i dati registrati sul database dello sportello e a rispettare le scadenze del follow-up definiti dallo specialista.

Il richiamo telefonico da parte degli operatori dello Sportello Distrettuale, per visite oltre i 15 giorni dalla prenotazione serve a cercare di creare con il paziente un processo di corresponsabilità del percorso in termini di rispetto dei controlli clinici programmati al fine di promuovere l'aderenza al piano di cura. Inoltre, a livello gestionale il programmare e richiamare i pazienti permette di ridurre i tempi di attesa delle branche specialistiche con inserimento dei pazienti inseriti in lista di attesa. Il Paziente di nuova registrazione viene inviato a visita specialistica secondo tempi di attesa sensibilmente inferiori rispetto al cittadino comune, definiti dallo Specialista Cardiologo Ambulatoriale o dall'Ospedaliero.

Lo specialista stratifica il paziente e definisce lo schema di Follow-up secondo protocollo del percorso condiviso. Dopo la visita, il paziente ritorna allo Sportello Distrettuale con i referti che andrebbero registrati nel suo file personale. Contestualmente, il paziente dovrebbe essere annotato per una nuova prenotazione di visita di controllo o di altra procedura diagnostica (o di laboratorio), se richieste dallo specialista o dal MMG, altresì escluso dall'A.G.I. qualora non fossero riscontrati gli elementi clinici necessari. I pazienti con SC possono anche essere programmati direttamente dallo specialista nell'ambito dello stesso ambulatorio territoriale o ospedaliero, ma la prenotazione va trasmessa dal MMG allo sportello cronici, che deve annotarla nella calendarizzazione delle visite (anche per evitare sovrapposizione di orari e appuntamenti con altri pazienti).

Lo Specialista che prende in carico il paziente, se non è ancora inserito nel percorso, effettua la diagnosi, stratifica e stadia la malattia, definisce lo schema di follow-up in base alle caratteristiche della patologia del paziente coerentemente al protocollo diagnostico e terapeutico condiviso a livello distrettuale e ai riferimenti della letteratura scientifica. Il paziente, inviato dai MMG o dagli Specialisti, che presenta complicanze o controllo clinico instabile, usufruisce, nell'ambito della disponibilità Ospedaliera, di vie prioritarie per i posti letto relativa alla branca cardiologia o specialistica (pneumologica, metabolica, geriatrica, nefrologica, ecc) più adeguate alla causa presuntiva di instabilizzazione, che può essere prospettata anche dal MMG.

Il PDTA scompenso cardiaco di A.G.I. si caratterizza per:

- **INFORMAZIONE:** il paziente viene informato dal MMG e dallo Sportello distrettuale dell'inserimento nel programma di G.I., del quale vengono presentati i vantaggi (raccordo stabile MMG-Specialista, monitoraggio attivo, inserimento in programmi educativi, snellimento burocratico);
- **REGISTRAZIONE e PRESA IN CARICO:** una volta che il paziente accetta di entrare nel protocollo a G.I., viene registrato in un'apposita sezione del registro, in modo da monitorarne il percorso ed i risultati di efficacia ed efficienza;
- **PIANO DI CURA CON FOLLOW UP:** dopo la prima visita specialistica, viene consegnato un piano di cura, che include la pianificazione annuale del follow up e un "Libretto-paziente". Il piano di cura viene inviato dallo Sportello per email al MMG, che ha la possibilità di inviare per lo stesso mezzo le proprie considerazioni e segnalazioni. Per i pazienti gestiti nell'ambito degli A.G.I., dove è prevista la presenza del MMG, il piano di cura dello Specialista è già noto al MMG, che provvederà invece ad informare lo Sportello cronici;
- **ISTRUZIONE ALL'AUTOMONITORAGGIO:** il paziente viene istruito dal personale infermieristico distrettuale sull'uso della "Scheda di automonitoraggio". Tale istruzione deve essere rinforzata dal MMG nei vari momenti di incontro previsti dal Follow-up;

- **EDUCAZIONE DEL PAZIENTE E DEI CAREGIVER (EMPOWERMENT):** pur essendo l'educazione del paziente una prerogativa di tutti i professionisti che con quest'ultimo vengono in contatto, in primis del MMG per il rapporto di fiducia che egli ha con il paziente, nelle patologie croniche risultano molto efficaci attività sistematiche di educazione di gruppo, che potranno essere svolte dal personale del distretto (infermiere, specialista, psicologo, educatore alla salute, ecc), in accordo e, ove possibile, con la partecipazione del MMG. E' importante, nei programmi di educazione, sollecitare e valorizzare l'opera svolta dal Volontariato qualificato, il cui contributo può essere determinante in termini di efficacia e di efficienza degli interventi;

- **FOLLOW UP ATTIVO:** ogni attore assistenziale (MMG, Specialista e Infermiere distrettuali) deve controllare attentamente, per le scadenze di propria pertinenza, che il paziente rispetti le scadenze previste nel piano annuale di follow-up e si attenga alle indicazioni del "Piano di Cura", ricorrendo, se necessario, ad un richiamo formale, per evitare il possibile drop-out del paziente, e quindi un conseguente aggravarsi dello SC. Per alcuni pazienti in particolari condizioni (cambiamento di terapia, situazioni a rischio, interventi chirurgici, cambiamenti stagionali, etc.), sarà cura dell'infermiere distrettuale, in accordo con lo Specialista e/o con il MMG, effettuare un follow-up telefonico per il periodo necessario;

- **MONITORAGGIO E VERIFICA:** ogni attore assistenziale, attraverso gli strumenti informativi in proprio possesso, monitora i pazienti rispetto alle tappe del percorso assistenziale sulle quali è responsabilizzato e produce report specifici sugli indicatori concordati.

Pazienti non a Target

Nella categoria "*Pazienti non a Target*" entrano quei pazienti che presentano segni di scompenso della malattia, in diversi gradi di complessità, per i quali appare necessario il rapido inserimento nel programma di gestione integrata ed una presa in carico attiva da parte del distretto (Specialista e Infermiere distrettuale).

Il *paziente non a target* viene, infatti, chiamato attivamente dal Distretto per essere inserito nel PDTA a G.I. e può essere agganciato, a seconda del suo grado di complessità ed a seconda della dislocazione dei servizi nel territorio, o all'A.G.I., nel quale dovranno convergere i pazienti a maggiore complessità, o all'Ambulatorio Specialistico dedicato.

Di fatto, il percorso non è sostanzialmente differente: come già descritto, il MMG partecipa in prima persona all'A.G.I. e ne condivide le scelte operative. Questi pazienti, che si stima rappresentino circa il 10% dei pazienti totali, seguono un percorso che prevede un infermiere distrettuale quale "care manager" (cioè, riferimento per il paziente e responsabile del suo percorso), un piano di cura annuale integrato, condiviso, cioè, tra MMG e Specialista, che includa anche un follow-up con le scadenze delle visite e degli esami (per alcuni pazienti si potrà attivare, al bisogno, anche il follow up telefonico gestito dall'infermiere o il richiamo attivo – recall – per evitare l'assenza alle tappe assistenziali previste), e che includa possibilmente un piano educativo strutturato, gestito dal Distretto, attraverso incontri periodici di gruppo e/o individuali, al quale sarà invitato anche il MMG del paziente.

PARTE SECONDA

CLASSIFICAZIONE E SETTING ASSISTENZIALE

Diagnosi di Scompenso Cardiaco

I principali segni e sintomi che devono far sospettare uno SC sono elencati nella **Tab. 1**. Sono altresì raccomandati nell'**inquadramento iniziale** dello SC gli esami ematochimici e strumentali indicati nelle **Tab. 2 e 3** (le classi di raccomandazione ed i livelli di evidenza sono tratti dalle linee guida ESC 2012).

TABELLA 1. SINTOMI E SEGNI TIPICI DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA	
SINTOMI	SEGNI
TIPICI	PIU' SPECIFICI
Dispnea	Incremento della pressione giugulare
Ortopnea	Reflusso epatogiugulare
Dispnea parossistica notturna	Terzo tono (ritmo di galoppo)
Ridotta tolleranza all'esercizio	Lateralizzazione dell'itto della punta
Affaticamento, astenia, incremento del tempo di recupero dopo esercizio	Soffio cardiaco
Edemi di caviglia	
MENO TIPICI	MENO SPECIFICI
Tosse notturna	Edemi periferici (caviglie, regione sacrale, scrotale)
Respiro ansimante	Crepito polmonare
Aumento di peso (>2 kg/settimana)	Ridotto flusso d'aria e ottusità plessica alle basi polmonari (versamento pleurico)
Riduzione di peso (nell'insufficienza cardiaca avanzata)	Tachicardia
Senso di gonfiore	Irregolarità del polso
Riduzione dell'appetito	Tachipnea (>16 atti respiratori/min)
Confusione (specie negli anziani)	Epatomegalia
Depressione	Ascite
Palpitazioni	Ipotrofia tissutale (cachessia)
Sincope	

L'interpretazione dei sintomi anamnestici, unitamente alla semeiologia clinica ed agli esami strumentali di primo livello, possono condurre il MMG o lo specialista a: 1) porre una diagnosi etiologica; 2) stadiare il paziente con SC; 3) intraprendere il trattamento; 4) in caso di dubbi diagnostici, indurlo a richiedere ulteriori approfondimenti di secondo o terzo livello presso gli ambulatori specialistici territoriali o – se necessario – presso i centri specialistici ospedalieri di riferimento.

TABELLA 2. ESAMI RACCOMANDATI IN TUTTI I PAZIENTI		Classe	Livello evidenza
Peptidi natriuretici atriali (BNP; NT-pro-BNP)	BNP < 100 pg/ml e/o pro-BNP <400 pg/ml → SC improbabile BNP 100-400 pg/ml e/o pro-BNP 400-1800 pg/ml → SC possibile BNP >400 pg/ml e/o pro-BNP >1800 pg/ml → SC altamente probabile	IIa	C
Esame emocromocitometrico	Un'anemia può esacerbare o precipitare lo scompenso cardiaco	I	C
Creatininemia ed azotemia	- Un'IR può confondere la diagnosi di scompenso cardiaco - Lo scompenso cardiaco può compromettere la funzione renale - La terapia con ACE-inibitori impone il monitoraggio della funzionalità renale	I	C
Elettroliti	Un'ipokaliemia (comune in corso di terapia diuretica) può promuovere tossicità digitalica - Un'iponatriemia è frequente in corso di terapia diuretica	I	C
Glicemia	Diabete	I	C
ALT, GGT e bilirubinemia	- Fegato da stasi - Significato prognostico - Cardiomiopatia da abuso di alcool	I	C
Albuminemia	-Bassa in corso di sindrome nefrosica o insufficienza epatica	I	C
Colesterolemia	-Rischio cardiovascolare	I	B
TSH	Un'alterata funzione tiroidea può esacerbare o precipitare lo scompenso cardiaco	I	C
Rx torace (2 proiezioni)	- Può essere di valore limitato nella diagnosi di scompenso cardiaco - Può evidenziare alterazioni suggestive di scompenso cardiaco - Può identificare patologia polmonare primitiva	IIa	C
ECG (12 derivazioni)	- Raro il riscontro di un ECG normale nello scompenso cardiaco da disfunzione sistolica VS - Utile nell'orientamento etiologico dello scompenso cardiaco - Non fornisce informazioni sulla funzione contrattile cardiaca	I	C
Ecocardiogramma	Da eseguirsi, se possibile, in tutti i pazienti con fondato sospetto di scompenso cardiaco di nuova insorgenza	I	C

TABELLA 3. ESAMI RACCOMANDATI IN PAZIENTI SELEZIONATI		Classe	Livello evidenza
RMN cardiaca	Utile per caratterizzare la struttura cardiaca e la funzione Vsn, per caratterizzazione tissutale, specie nei casi di insufficienti informazioni ottenibili dall'ecocardiografia	I	C
Angiografia coronarica	Per valutare l'anatomia coronarica in paz. con angina o equivalenti, passibili di rivascularizzazione	I	C
Tests di imaging per la perfusione / ischemia miocardica (Ecocardiografia, RMN, SPECT, PET)	Possono essere presi in considerazione in paz. potenzialmente coronaropatici, da valutare per eventuale rivascularizzazione coronarica, per verificare se esiste ischemia reversibile e miocardio vitale	IIa	C
Cateterismo destro e/o sinistro	Raccomandate in pazienti che sono da studiare ai fini di trapianto cardiaco o supporto circolatorio meccanico, per valutare la funzione cardiaca e le resistenze arteriose polmonari	I	C
Test ergometrici	Possono essere presi in considerazione per: Riconoscere l'ischemia reversibile Parte della valutazione dei pazienti candidati a trapianto cardiaco o supporto circolatorio meccanico Avere indicazioni ai fini della prescrizione di un programma di esercizi fisici per riabilitazione Ottenere informazioni prognostiche	IIa	C

Nelle **Fig. 1 e 2** sono sintetizzate le procedure diagnostiche applicabili alla maggioranza di pazienti con sospetto SC.

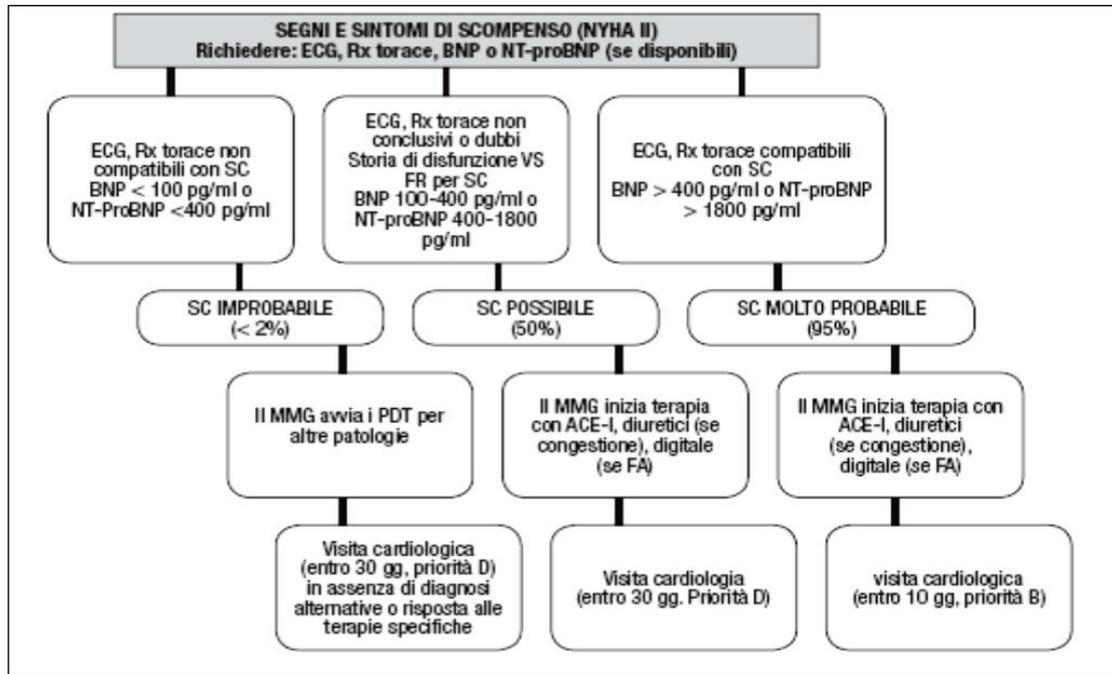


Figura 1 – da Consensus “Scompensio cardiaco” - PDT condivisi, Regione Friuli Venezia Giulia

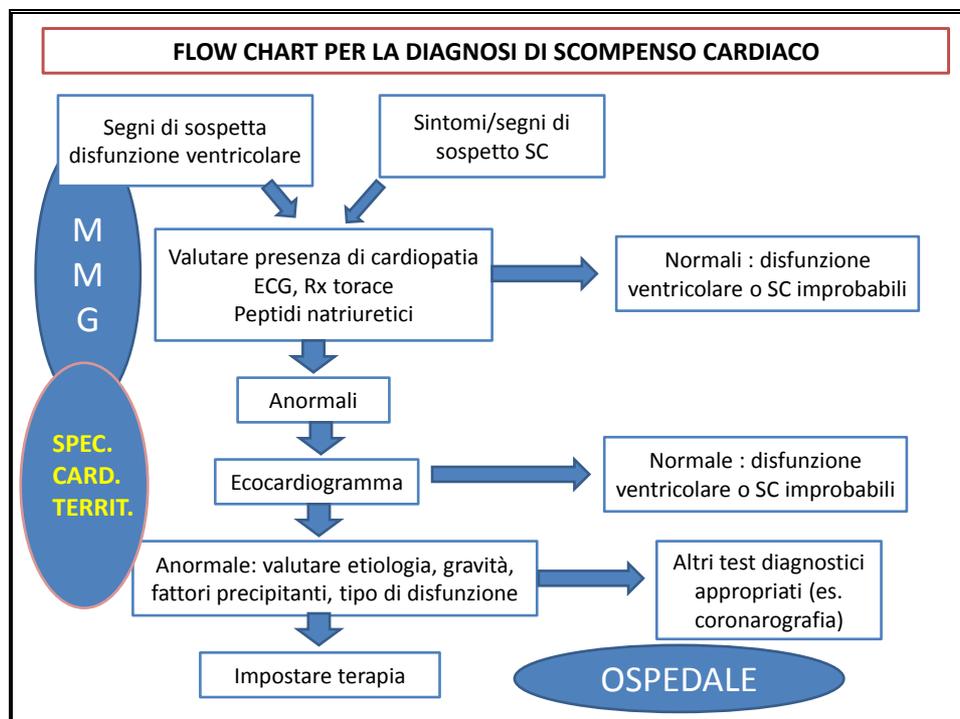


Figura 2 – Modificata da PDT per lo scompensio cardiaco, ASL Pavia, 2011

PARTE TERZA

PERCORSI ASSISTENZIALI

Fasi del percorso assistenziale

INFORMAZIONE

La gestione integrata prevede un cambiamento forte delle modalità di cura. È indispensabile, quindi, che tutte le persone con patologia cronica coinvolte nel programma siano adeguatamente informate sul percorso di cura che viene loro proposto ed esprimano il loro consenso alla partecipazione.

Con una malattia cronica si può convivere serenamente, ma ciò richiede un impegno costante soprattutto dovendo curare lo stile di vita in modo sano e attivo. Nell'attuale sistema di assistenza sanitaria, ai pazienti con patologie croniche, i professionisti del SSN forniscono le proprie prestazioni in modo spesso indipendente e decontestualizzato. La mancanza di uno scambio di informazioni tra medici e personale coinvolto nel setting assistenziale rende difficile l'ottimizzazione delle cure e l'accesso regolare ai servizi.

La G.I. è dunque un sistema organizzato per rispondere ai bisogni delle persone con malattie croniche. Nella G.I. è strategico il lavoro "multi-professionale" in una sorta di "team", dove il componente più importante è certamente il malato. Nel sistema di G.I. i medici di medicina generale, gli specialisti e gli altri operatori sanitari (infermieri, dietisti, psicologi, farmacisti, fisioterapisti, riabilitatori, ecc.) dovrebbero conoscersi e condividere iniziative volte al miglioramento della cura della qualità di vita del paziente.

La persona con SC ha un ruolo attivo e centrale nella gestione della propria malattia e può:

- acquisire informazioni sulla malattia e sui modi migliori per gestirla;
- acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, adottando gli strumenti più adatti al proprio stile di vita;
- accedere alle proprie informazioni sanitarie;
- programmare con il medico di medicina generale, lo specialista cardiologo e gli altri professionisti sanitari i propri obiettivi di cura e il calendario delle visite e degli incontri;
- partecipare alle attività di educazione terapeutica organizzata dai servizi sanitari;
- partecipare alle attività promosse dalle associazioni di persone con scompenso cardiaco.

La gestione ottimale del paziente con SC richiede anche il supporto e la collaborazione di tutti i familiari che possono:

- informarsi sulla patologia parlando con gli operatori sanitari e partecipando a gruppi di formazione;
- adottare stili di vita salutari per tutta la famiglia;
- assistere il congiunto nella vita quotidiana e consigliarlo nelle scelte;
- partecipare alle attività delle associazioni.

Il MMG è il professionista che ha contatti più frequenti con i pazienti e, nell'assoluto rispetto dei dati sensibili, può:

- insieme a loro, allo specialista e agli altri professionisti definire e personalizzare le cure e il follow-up;
- fornire le informazioni necessarie per gestire la malattia e consigliare uno stile di vita adeguato al livello di malattia;
- mantenere i contatti con il centro di cardiologia e scambiare informazioni e pareri con altri specialisti;
- partecipare a programmi di formazione sullo scompenso cardiaco.

La G.I. prevede, inoltre, la realizzazione di un sistema informatico di raccolta ed elaborazione dei dati clinici, per il quale è necessario il consenso scritto dell'interessato. Il paziente viene informato dal MMG e dallo Sportello distrettuale dell'inserimento nel programma di G.I., del quale gli vengono presentati i vantaggi (raccordo stabile MMG-Specialista, monitoraggio attivo, inserimento in programmi educativi, snellimento burocratico), chiedendo al paziente l'adesione firmata.

ARRUOLAMENTO NEL PROGRAMMA DI G.I.

Può avvenire tramite (Fig.3)

- ✓ MMG (Fig. 4-6)
- ✓ Specialista distrettuale (Fig. 7)
- ✓ Accesso spontaneo (Fig. 8)
- ✓ Dimissioni Facilitate

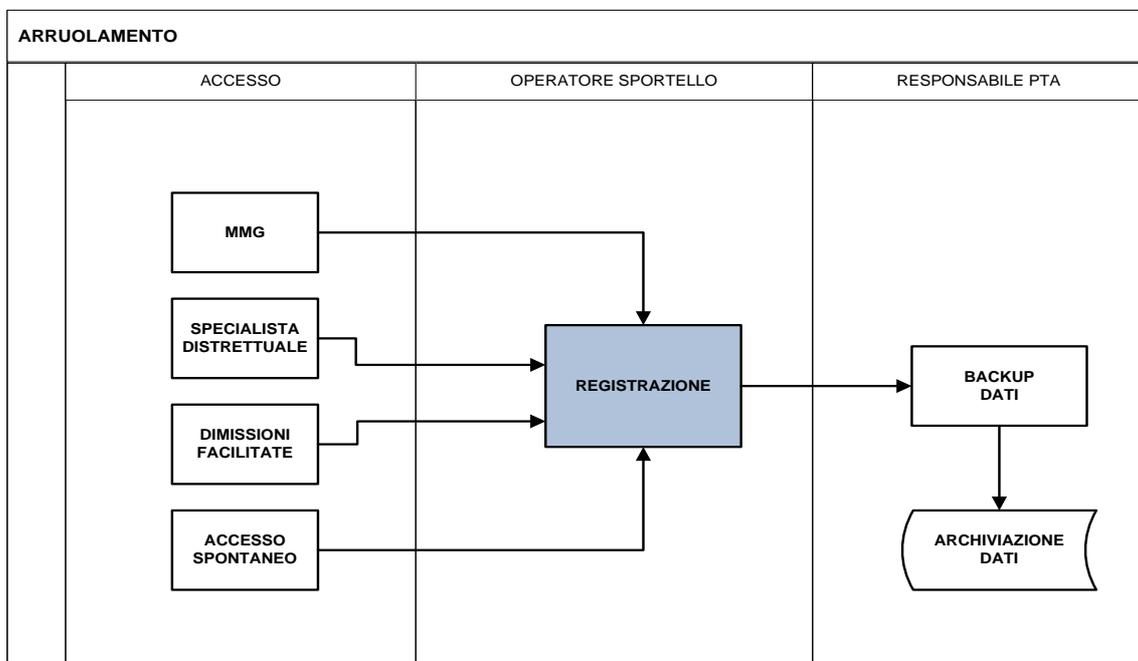


Figura 3 - Schema generale dell'arruolamento del paziente nella G.I.

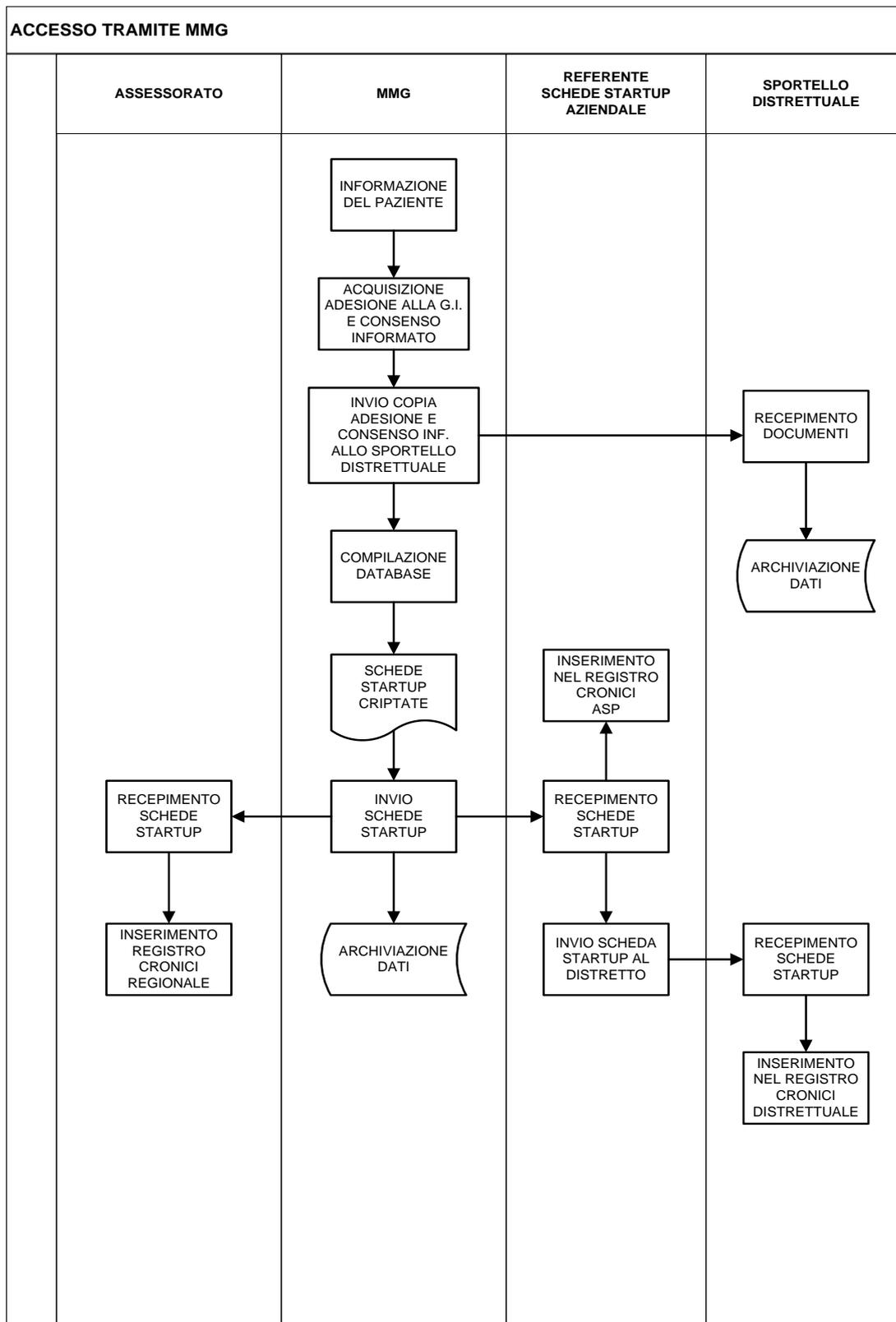


Figura 4 - Schema generale dell'arruolamento del paziente nella G.I. tramite il MMG

ACCESSO TRAMITE MMG / matrice delle attività_1					
	ATTIVITA'	CHI FA E RESPONSABILITA'	COME	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRAZIONI
Informazione	Descrizione della G.I.e dei vantaggi per il paziente e i suoi familiari. Messa in evidenza del nuovo ruolo del MMG,degli specialisti territoriali e ospedalieri,nonché del distretto nella gestione della patologia cronica.	Medico di Medicina Generale	Mediante colloquio	Ambulatorio del MMG	
Acquisizione adesione	Ottenuto l'assenso all'immissione nella G.I, si fa sottoscrivere al paziente la scheda di adesione e il consenso informato.	Medico di Medicina Generale	Su modulo prestampato (all. 1 e 2)	Ambulatorio del MMG	1) Scheda di adesione 2) Scheda di consenso informato. Che vengono,quindi, inviati in copia allo Sportello cronici del Distretto.
Compilazione Scheda di startup	Compilazione della "scheda di start up" e invio all'Assessorato e all'ASP	Medico di Medicina Generale	Su software fornito dall'Assessorato alla Salute Regione Sicilia e reperibile su internet (http://www.regione.sicilia.it/sanita/default.asp?pg=948) o richiedibile al Referente aziendale schede startup(registrocronici@asp.messina.it) dove sono a disposizione anche il software di criptaggio e le istruzioni per la compilazione che sono parte integrante di questo documento.	Ambulatorio del MMG	Il file ottenuto dalla procedura indicata dal software dell'Assessorato. Criptato, viene inviato a: registrocronici@regione.sicilia.it e a registrocronici@asp.messina.it
Archiviazione dati	Le schede di startup vengono archiviate per successivi usi, aggiornamenti e/o richieste da parte dell'ASP	Medico di Medicina Generale	Su archivio digitale	Ambulatorio del MMG	Database Pazienti Cronici
Recepimento adesione	Viene acquisita la scheda di adesione e di consenso informato del paziente Inviata dal MMG	Responsabile Sportello cronici del distretto	Su supporto cartaceo	Sportello cronici distrettuale	1) Scheda di adesione 2) Scheda di consenso informato

Figura 5 - Schema generale dell'arruolamento del paziente nella G.I. tramite il MMG (matrice attività)

ACCESSO TRAMITE MMG / matrice attività_2					
	ATTIVITA'	CHI FA E RESPONSABILITA'	COME	DOVE	DOCUMENTI/ REGISTRAZIONI
Acquisizione scheda startup	Viene acquisita la "scheda di startup" e archiviazione	Referente Aziendale Schede Startup	Su supporto digitale (file .txt criptato) inviato dal MMG	ASP	File .txt che viene archiviato su supporto digitale
Registro Cronici Aziendale	Elaborazione del file .txt nel software fornito dall'Assessorato Salute Sicilia	Referente Aziendale Schede Startup	Il file .txt viene importato nel database e quindi trasformato in file excel per la trascrizione dei dati nel registro cronici aziendale e l'invio al distretto di competenza per l'inserimento nel registro cronici del distretto	ASP	File excel con i dati della scheda di startup REGISTRO PAZIENTI CRONICI AZIENDALE
Registro Cronici Distrettuale	Il paziente viene inserito nel Registro pazienti cronici del distretto	Responsabile Sportello cronici del Distretto	Essendo state acquisite sia la scheda di adesione che la scheda di startup il paziente può essere registrato nel Registro pazienti Cronici del Distretto	Sportello cronici distrettuale	REGISTRO PAZIENTI CRONICI DISTRETTUALE
Registro Cronici Regionale	L'Assessorato alla Salute della Sicilia recepisce i file .txt da parte del MMG e lo inserisce nel Database Regionale	Responsabile Registro Cronici Regionale	Su supporto digitale	Assessorato alla Salute Palermo	REGISTRO PAZIENTI CRONICI REGIONALE

Figura 6 - Schema generale dell'arruolamento del paziente nella G.I. tramite il MMG (matrice attività)

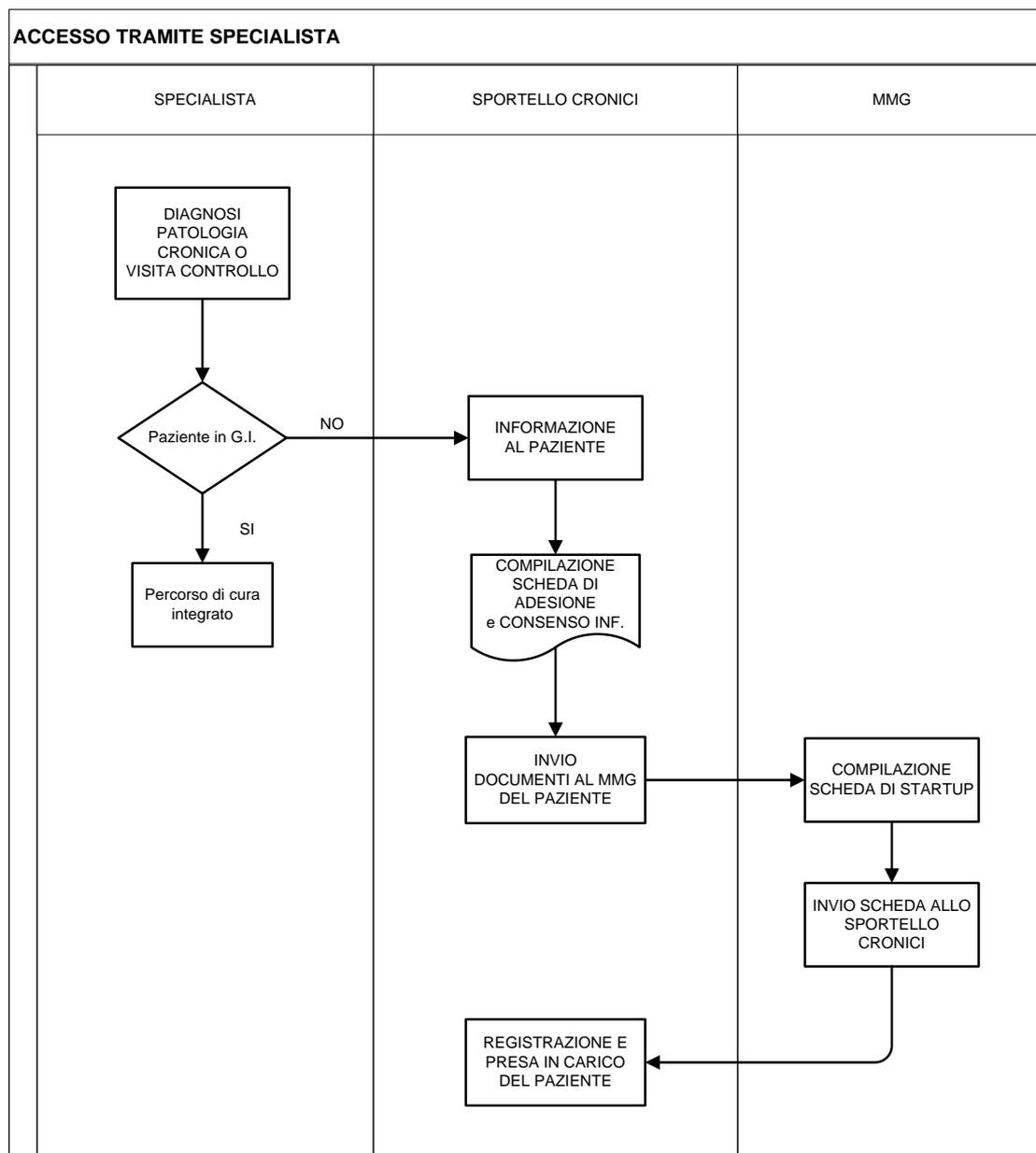


Figura 7 - Schema generale dell'arruolamento del paziente nella G.I. tramite lo Specialista

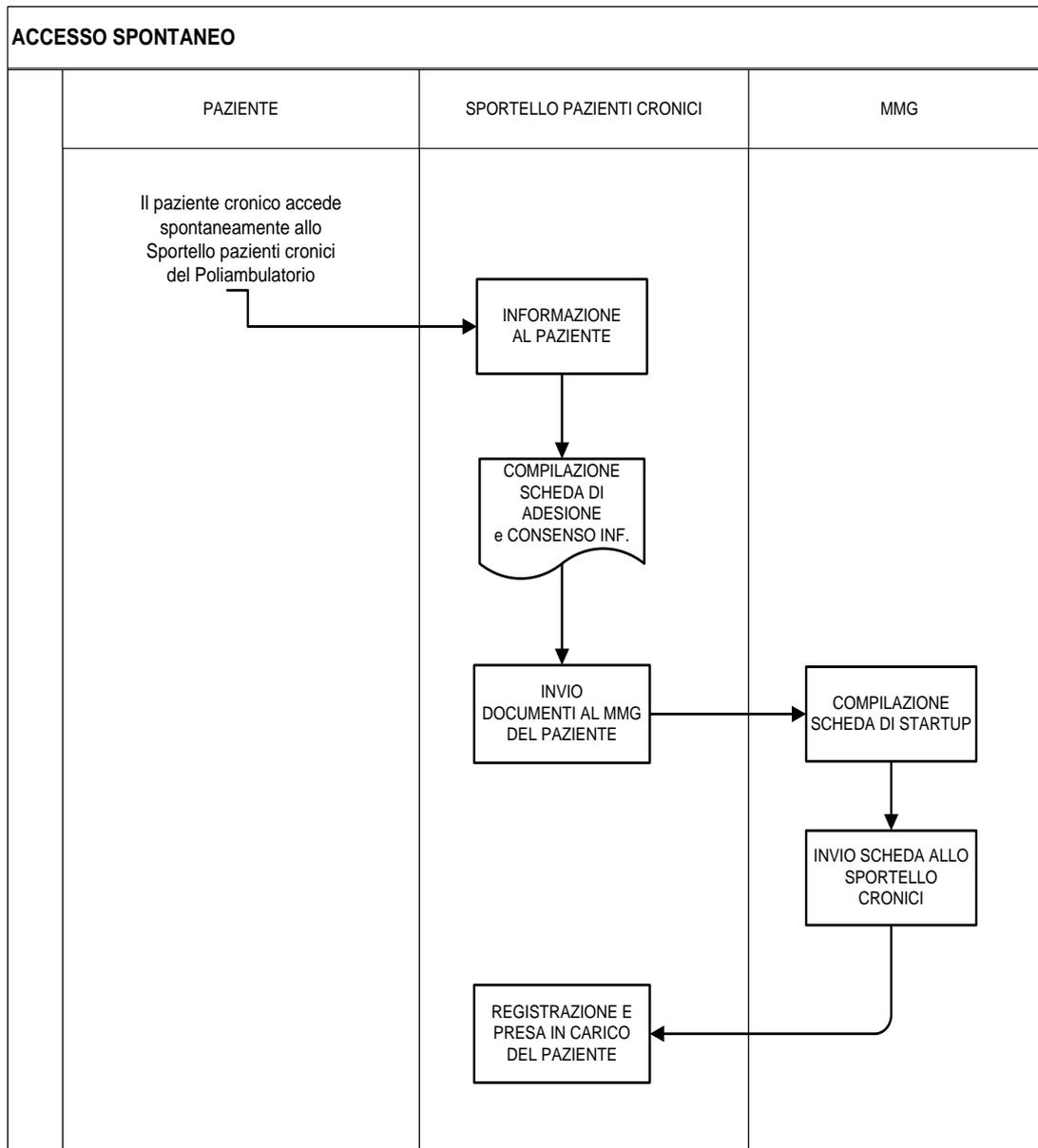


Figura 8 - Schema generale dell'arruolamento spontaneo del paziente nella G.I.

A.G.I. SCOMPENSO CARDIACO

Con lo schema di seguito riportato si compendiano le attività ed i rapporti esterni (ammissione pazienti e loro gestione – cooperazione e consulenze con altri ambulatori e strutture ospedaliere ed universitarie) dell'**A.G.I. scompenso cardiaco** territoriale.

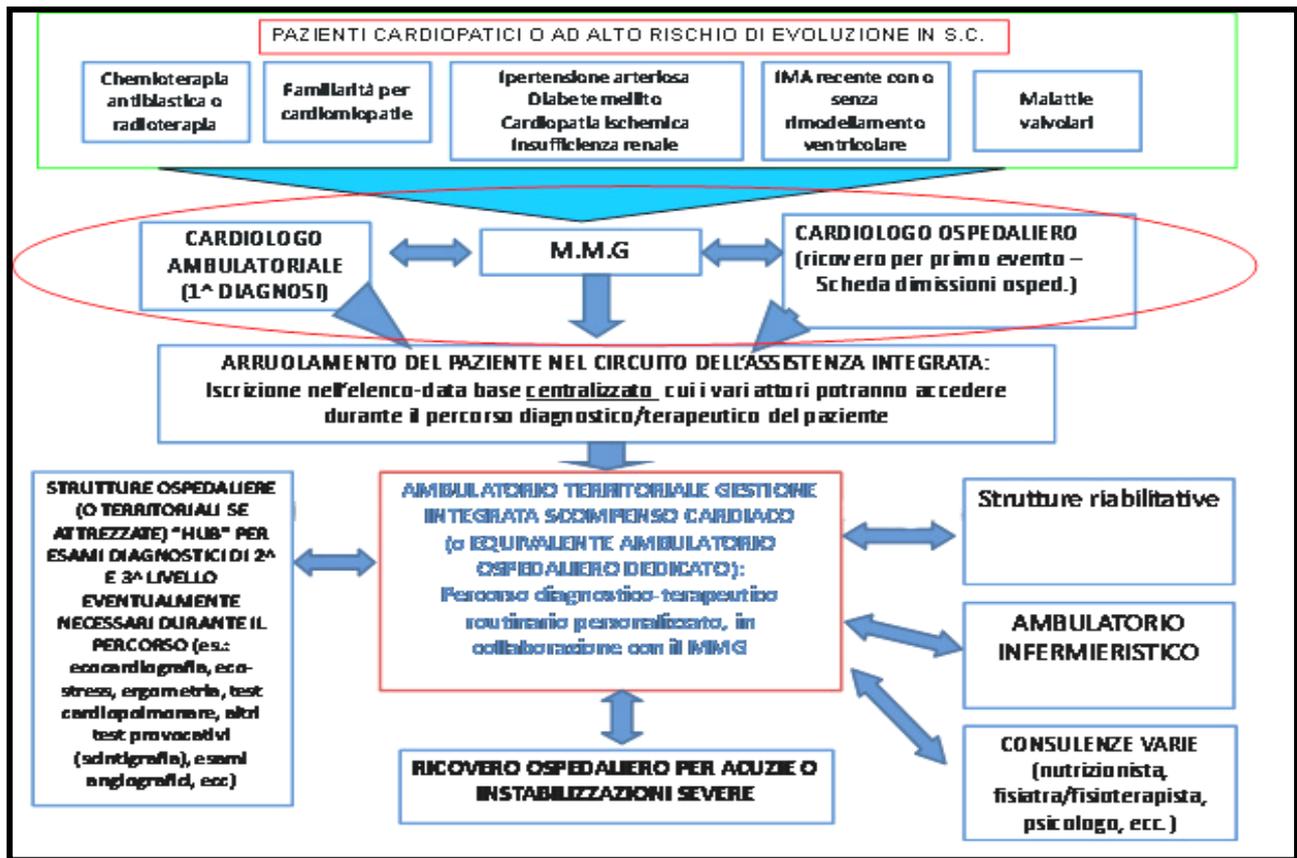


FIGURA 9 - Schema sintetico di un A.G.I cardiologico standard

PERCORSO PAZIENTE ASINTOMATICO SENZA DANNO STRUTTURALE (Classi NYHA I, Stadio A)

Vi appartengono i pazienti senza cardiopatie strutturali né sintomi di scompenso, ma a rischio di sviluppare SC nel tempo. Sono in particolare i pazienti con *ipertensione, aterosclerosi, diabete, obesità, sindromi metaboliche*, ma anche gruppi particolari quali *pazienti in cura con farmaci cardiotossici o radioterapie* e quelli con *storia familiare di cardiomiopatie*. La competenza in questi casi è prevalentemente del MMG, ma possono essere coinvolti gli specialisti del territorio (**Fig. 10**), cui spetta il compito di correggere i fattori di rischio e istituire i trattamenti farmacologici ove necessari:

- Terapia dietetica e farmacologica dell'ipertensione e/o delle dislipidemia
- Promuovere un regolare esercizio fisico adattato per età, sesso, caratteri individuali
- Applicare ogni metodo possibile per indurre la cessazione del fumo, dell'abuso di alcool e droghe
- Controllo della sindrome metabolica

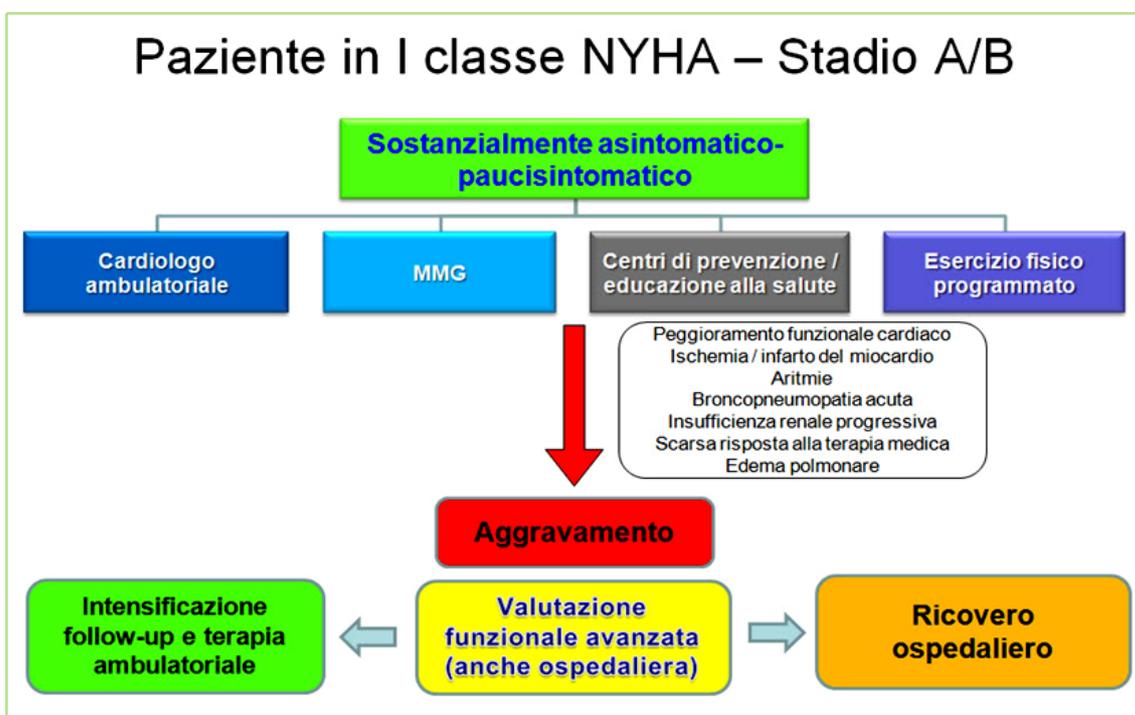


Figura 10 - Percorso del paziente in classe NYHA I, senza danno strutturale

Il Medico curante può avvalersi della consulenza specialistica (ECG, visita specialistica, ecocardiografia) per inquadramento eziologico, stratificazione prognostica, impostazione terapeutica. Il follow-up di questi pazienti prevede controlli specialistici cardiologici ed ECG annuali, ecocardiografia ogni 2-3 anni (ma anche più ravvicinati nei pazienti in trattamento con farmaci cardiotossici o radioterapia), esami di laboratorio periodici.

Fondamentale, fin da questa fase, il ruolo di counseling che il MMG deve svolgere, anche al fine di istruire il paziente alle metodiche di autocontrollo ("self care management"). Sarebbe peraltro auspicabile l'istituzione di un ambulatorio infermieristico dedicato a questi pazienti.

PERCORSO PAZIENTE OLIGOSINTOMATICO CON DANNO STRUTTURALE (Classi NYHA I-II, Stadio B)

Vi appartengono i pazienti affetti da ipertensione con iniziale danno d'organo, diabete complicato, IRC, pregresso IMA, valvulopatia emodinamicamente rilevante, che non hanno ancora accusato o iniziano ad accusare sintomi di SC. Primo attore nella gestione è ancora il MMG, ma un ruolo importante è dato dallo Specialista del territorio e dagli ambulatori ospedalieri, che possono offrire anche ricoveri in regime di DH o Day Service. Il MMG concorda con lo Specialista i controlli periodici da effettuare, sulla base del quadro clinico e della presenza di comorbidità (Fig. 11, 12).

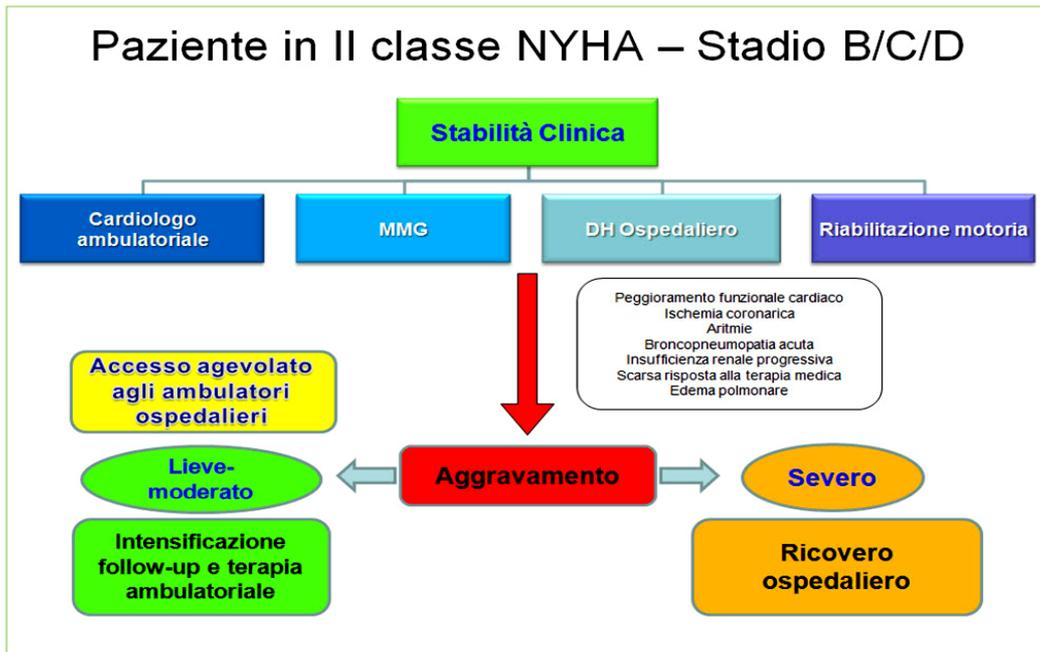


Figura 11 - Percorso del paziente in classe NYHA I-II, con danno strutturale

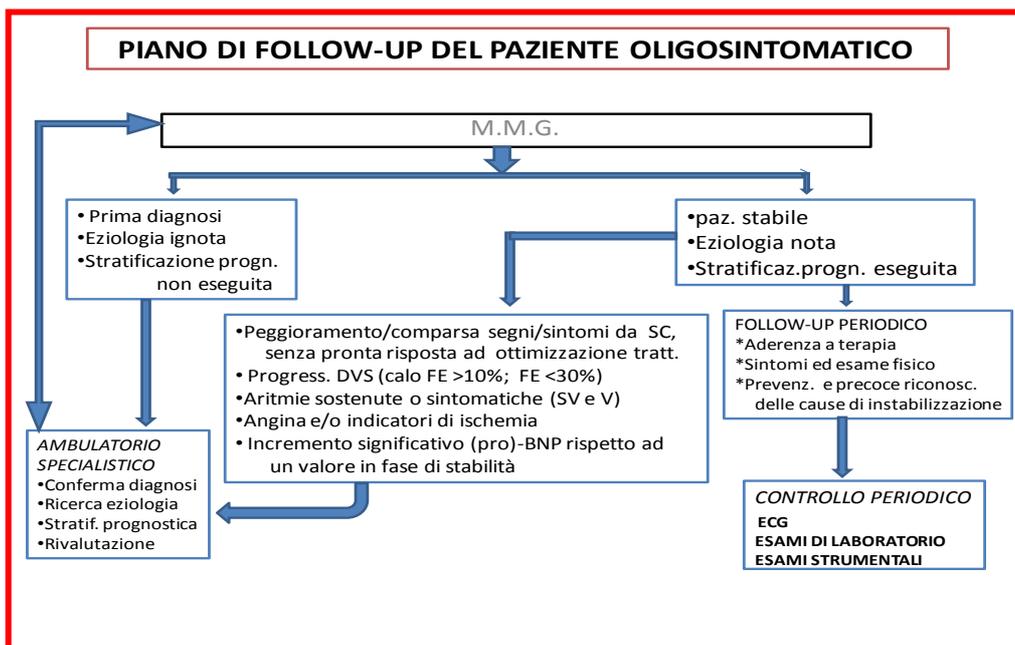


Figura 12 - Gestione paziente oligosintomatico, modificata da PDT scompenso cardiaco, ASL Pavia, 2011

PERCORSO PAZIENTE SINTOMATICO CON DANNO STRUTTURALE (Classi NYHA II-III, Stadio B/C/D)

La periodicità con cui effettuare i controlli clinici e strumentali, ovviamente, non potrà che essere personalizzata, vista l'enorme variabilità dei quadri clinici che rientrano in questa fase dello SC. Una possibile rappresentazione schematica del percorso può essere quella della **Fig. 13**.

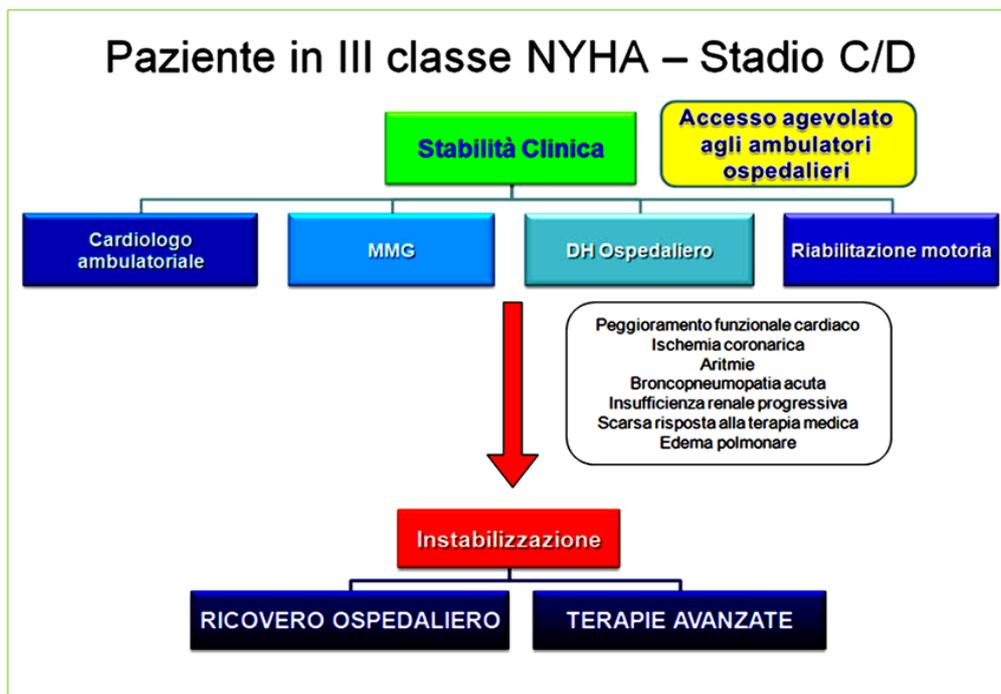


Figura 13 - Percorso del paziente in classe NYHA III con danno strutturale

Qui di seguito accenniamo schematicamente a quali parametri si può far riferimento per definire la stabilità o instabilità di un paziente con SC (**Fig. 14a e 14b**) ed alla scelta tra mantenere una domiciliazione o ricorrere all'ospedalizzazione. Inoltre, riportiamo anche la frequenza con cui effettuare gli esami diagnostici nel follow-up.

CRITERI DI STABILITA' CLINICA, A FAVORE DELLA DOMICILIAZIONE

1. Assenza di sintomi di congestione
2. Assenza di angina pectoris o comunque stabilità della soglia ischemica
3. Assenza di peggioramento della dispnea, dell'affaticamento o delle palpitazioni durante sforzo fisico
4. Assenza di aritmie maggiori sintomatiche
5. Esame obiettivo invariato rispetto al precedente controllo
6. Stabilità del bilancio idrico (sodiemia > 134 mEq/l, variazioni di peso corporeo inferiori ai 3 kg rispetto al controllo)
7. Pressione arteriosa stabile e comunque PAS > 90 mmHg
8. Funzione renale stabile (creatininemia e azotemia invariate rispetto al precedente controllo)
9. Risoluzione o stabilizzazione di ogni causa reversibile di co-morbidità
10. Adeguatezza del supporto sociale, dell'educazione del paziente e del programma di assistenza
11. Buona tolleranza al farmaco e completa adesione al trattamento
12. Valore del BNP o pro-BNP alla dimissione

Figura 14a - da Collecchia e Coll., Chronic Care Model "Scompenso cardiaco", Regione Toscana 2010

CRITERI DI INSTABILITA' CLINICA, A FAVORE DELLA OSPEDALIZZAZIONE

Al fine di ridurre sia i ricoveri ripetuti che la degenza media dei pazienti occorre stabilire e concordare criteri di avvio all'ospedalizzazione del paziente con diagnosi sospetta o accertata di scompenso cardiaco:

Ricovero immediato o consulenza immediata con lo specialista di riferimento

1. Edema polmonare acuto
2. Tachi o bradiaritmia sintomatica
3. Ipotensione arteriosa persistente e sintomatica o comunque PAS < 75 mm/Hg
4. Disturbi mentali attribuibili ad ipoperfusione cerebrale

Ricovero urgente o consulenza in giornata con lo specialista di riferimento

5. Classe NYHA III non preesistente (benessere a riposo, ma comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni per attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali, con conseguente grave limitazione dell'attività fisica) in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o d'ipertensione arteriosa.
6. Classe NYHA IV non preesistente (dispnea, affaticamento, palpitazioni presenti anche a riposo, con aumento dei disturbi ad ogni minima attività) in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o d'ipertensione arteriosa.
7. Presenza di dispnea, astenia, palpitazioni per attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali (NYHA III) o a riposo (NYHA IV), con conseguente grave limitazione dell'attività quotidiana, oppure anasarca o severi edemi declivi con segni gravi di congestione venosa (turgore giugulare, epatomegalia), nonostante la terapia farmacologica orale condotta, alle dosi massime tollerate, con A.C.E.-inibitori, diuretici e digitalici.
8. Comparsa/aggravamento di malattie extracardiache concomitanti aggravanti lo scompenso

Ricovero rapidamente programmato o consulenza in tre giorni con lo specialista di riferimento

9. danno d'organo correlato con lo scompenso: oligo-anuria o comparsa/peggioramento d'insufficienza renale con creatininemia ≥ 2.5 mg/dl o aumentata di 2 volte, comparsa o peggioramento iponatremia (≤ 130 mEq/l)
10. Aritmie sintomatiche con elevata frequenza cardiaca a riposo (> 130 /min) o con bassa frequenza cardiaca (< 50 /min).
11. Assenza di compliance alla terapia per problemi cognitivi e inadeguata assistenza domiciliare

Figura 14b. da Collecchia e Coll., Chronic Care Model "Scompenso cardiaco", Regione Toscana 2010

GESTIONE PAZIENTE GRAVEMENTE SINTOMATICO CON DANNO STRUTTURALE (OSPEDALIZZAZIONE)

Il ricovero ospedaliero del paziente con SC viene definito in base alle condizioni cliniche complessive del paziente, alla relativa evolutività e alla dotazione tecnologica della struttura ospedaliera disponibile. Ad esempio, le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) ad alcune di Medicina Interna Intensiva sono quasi sempre dotate di apparecchiature per la ventilazione non invasiva (C-PAP, B-PAP), monitoraggio poliparametrico invasivo e non invasivo, apparecchiature per il supporto cardiocircolatorio (contropulsatore aortico) o per la stimolazione cardiaca temporanea, mentre non tutte hanno la possibilità di effettuare terapie avanzate come l'emodialisi o l'emofiltrazione, l'angioplastica coronarica d'urgenza, la terapia elettrica di resincronizzazione cardiaca o l'impianto di defibrillatori automatici (ICD).

L'ospedalizzazione dei pazienti (**Fig. 15**) dovrà dunque essere finalizzata alle situazioni contingenti e alla causa principale di instabilizzazione del paziente, cercando di:

- Stabilizzare il paziente nel minor tempo possibile
- Ottimizzare la terapia farmacologica
- Approfondire la diagnosi e valutare l'eziologia della instabilizzazione
- Trattare la patologia determinante l'instabilizzazione e le eventuali co-morbilità
- Porre in essere terapie avanzate, se indicate

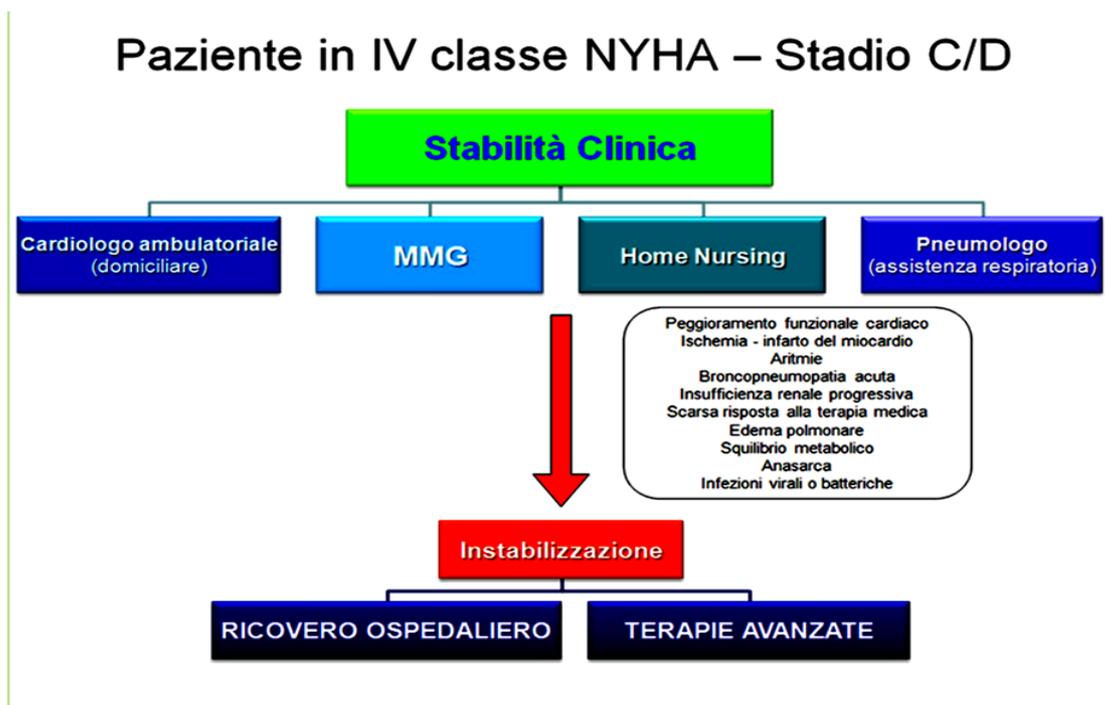


Figura 15 - Instabilizzazione del paziente con scompenso cardiaco

Nell'ambito del ricovero vanno previsti percorsi flessibili correlati alle situazioni cliniche dei pazienti ed alla dotazione strumentale delle strutture. Al momento dell'accesso al PS/DEA, il ricovero può rivelarsi necessario, non solo per motivi esclusivamente medici, ma anche per situazioni di fragilità sociale che non rendono possibile una gestione a domicilio.

Le indicazioni al ricovero di un paziente con SC (vedi anche **Fig. 15**) sono:

1. ARITMIE MAGGIORI

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

2. ISCHEMIA MIOCARDICA ACUTA

3. SCOMPENSO CARDIACO "DE NOVO", con sintomi di nuova insorgenza a rapida comparsa

4. INFEZIONI o PATOLOGIE INTERCORRENTI

5. EMBOLIA POLMONARE

6. ICTUS

7. INSUFFICIENZA RENALE

E' opportuno distinguere **tre gradi di priorità** di ricovero

Ricovero immediato per:

- sindrome coronarica acuta
- edema polmonare o distress respiratorio
- embolia polmonare
- desaturazione arteriosa con $pO_2 < 90\%$, in assenza di ipossiemia cronica o BPCO (note)
- shock cardiogeno

Ricovero urgente per:

- segni e/o sintomi di congestione e/o ipoperfusione periferica
- frequenza cardiaca > 120 battiti/minuto, con l'eccezione di fibrillazione atriale permanente
- aritmia (fibrillazione/ flutter atriale) de novo, con compromissione emodinamica
- recente sviluppo di disfunzione epatica, epatomegalia, ascite sotto tensione, anasarca
- squilibri elettrolitici
- comparsa / peggioramento di comorbidità (patologie polmonari, insufficienza renale, ecc)

Ricovero differibile (entro 48-72 ore) per:

- rapida riduzione della natriemia con valori < 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

Il PSG/DEA è lo snodo iniziale del percorso del paziente con SC acuto. In PSG/DEA vengono eseguiti il primo inquadramento diagnostico ed i provvedimenti terapeutici d'urgenza 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, si aggiunge il dosaggio del BNP (NT-pro-BNP) per la diagnosi differenziale della dispnea acuta in pazienti con coesistente BPCO o patologia polmonare acutizzata.

Possiamo così riassumere:

- ☞ I Pazienti con **SC stabile in assenza di ipoperfusione** e significativa congestione in genere **non necessitano di ricovero**, a meno di altri elementi di rischio/instabilità, quali aritmie, disfunzione d'organo, infezioni.
- ☞ I Pazienti con **congestione reversibile che non presentino segni d'ipoperfusione periferica**, possono:
 - A) essere trattenuti in PSG/DEA per un periodo d'osservazione breve e, dopo adeguato trattamento e valutazione clinica specialistica e di laboratorio, rinviiati al domicilio per la prosecuzione della cura da parte del MMG e del proprio cardiologo;
 - B) venire ricoverati nelle unità di degenza attrezzate (Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria);
 - C) se particolarmente instabili, essere ricoverati in terapia intensiva o semintensiva cardiologica.
- ☞ I Pazienti con **quadro clinico d'ipoperfusione da bassa portata cardiocircolatoria ed associata congestione polmonare** rappresentano **il gruppo a maggior rischio** e hanno indicazione a ricovero in terapia intensiva/semintensiva cardiologica, internistica intensiva o in rianimazione.

Possono esservi pazienti che necessitano dell'immediato ricovero in ambiente cardiologico per la gravità del quadro all'ingresso e/o per la necessità di determinati presidi terapeutici e che dopo stabilizzazione emodinamica possono completare la degenza in ambiente internistico/riabilitativo.

I pazienti che invece non presentano un quadro clinico critico all'esordio potranno avere la necessità di essere trasferiti successivamente in ambiente cardiologico per essere sottoposti ad indagini diagnostico-strumentali o procedurali specifiche o in UTIC o Rianimazione in caso di sopravvenute condizioni critiche.

Vi è poi una fascia di pazienti che vanno ricoverati in cardiologia non solo per il quadro clinico, ma anche per il prosieguo dell'iter diagnostico-terapeutico. Infatti, tra le cause di insufficienza cardiaca acuta si possono annoverare anche le sindromi coronariche acute (disfunzione sistolica/diastolica acuta, complicanze meccaniche), quadri acuti "valvolari" (insufficienza mitralica da rottura di corda, insufficienza aortica acuta) e altre cause che possono avere un'estrinsecazione clinica di varia gravità (miocardite, tamponamento cardiaco, embolia polmonare, aritmie). In casi selezionati bisognerà considerare opzioni chirurgiche o la candidatura del paziente a trapianto cardiaco (SC "**end stage**"), con eventuale impianto di devices di assistenza ventricolare.

PDTA Scompenso Cardiaco ^(R#1) - Provincia di Messina

Segue per altre 30 pagine

La versione completa può essere richiesta per email a

cesaredegregorio@unime.it

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. The SOLVD investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fraction. *New Engl J Med* 1992.
2. The Criteria Committee of the NYHA. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of Heart and Great Vessels. 9th Ed. Little Brown & Co. 1994.
3. Griffo R. Le buone ragioni per proporre al cardiopatico un programma di riabilitazione cardiologica. *It Heart J Suppl* 2000.
4. Hunt SA, et al. ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Circulation* 2001.
5. Bristow MR et al. Cardiac resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. *N Engl J Med* 2004.
6. Cleland JG et al. The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *N Engl J Med* 2005.
7. Bardy GH et al. Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *N Engl J Med* 2005.
8. Consensus Conference: Il percorso assistenziale del paziente con Scompenso Cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006.
9. Consensus "SC". PDT condivisi per i MMG ed ospedalieri in Friuli Venezia Giulia, 2009.
10. PDT Assistenziale SC, Regione Toscana, ASL Prato, 2009.
11. Linee guida ESC 2008 sullo Scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2009.
12. ARESS Piemonte: PIC dello Scompenso Cardiaco, 2009.
13. Consensus "Scompenso Cardiaco". PDT condivisi per i MMG ed ospedalieri in Friuli Venezia Giulia, 2009.
14. Daubert C et al. Prevention of Disease Progression by Cardiac Resynchronization Therapy in Patients With Asymptomatic or Mildly Symptomatic Left Ventricular Dysfunction Insights From the European Cohort of the REVERSE Trial. *J Am Coll Cardiol* 2009.
15. Moss et al. Cardiac Resynchronization Therapy for the prevention of Heart-Failure Events. *N Engl J Med* 2009.
16. Collecchia G et al. L'ambulatorio orientato allo SC nell'ambito del Chronic Care Model. Regione Toscana, 2010.
17. Collecchia G et al. L'ambulatorio orientato allo scompenso cardiaco nell'ambito del Chronic Care Model. Regione Toscana, 2010.
18. PDT Assistenziale SC, Regione Lombardia, ASL Pavia, 2011.
19. de Gregorio C, Panno V. La funzione ventricolare sinistra nel paziente con scompenso cardiaco cronico. Spunti di riflessione sulla tempistica e sulla refertazione minima essenziale nell'ambulatorio di ecocardiografia del territorio. *G Ital Cardiol* 2011.
20. PDT Assistenziale Scompenso Cardiaco, Regione Lombardia, ASL Pavia, 2011.
21. McMurray JJV et al. 2012 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *Eur Heart J* 2012.
22. de Gregorio C, Patanè S, Buda D, Campisi A, et al. PDTA Scompenso Cardiaco ASP 205 Messina. Messina, 2012.
23. Yancy CW, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013.
24. Polistena B, d'Angela D, Lattarulo M, et al. Il ricorso all'ospedalizzazione in Italia. *G Ital Cardiol* 2014.
25. Maggioni AP, Spandonaro F. Lo scompenso cardiaco acuto in Italia. *G Ital Cardiol* 2014.