

Gruppo di lavoro Chronic Care Model Scompensio Cardiaco

Il parere del Consiglio Sanitario Regionale

L'AMBULATORIO ORIENTATO ALLO SCOMPENSO CARDIACO NELL'AMBITO DEL CHRONIC CARE MODEL

Premessa

Lo scompensio cardiaco (SC) è una sindrome cronica, a significativo impatto clinico e sociale a causa dell'elevata morbilità e mortalità. Il medico di medicina generale (MMG) ha un ruolo essenziale nella prevenzione, diagnosi, trattamento e gestione complessiva della malattia, mediante l'integrazione multidisciplinare di diverse competenze, a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici del paziente. Come le altre malattie croniche lo scompensio cardiaco richiede, oltre alla gestione delle fasi di instabilità, l'individuazione di percorsi prevedibili della storia naturale e quindi un **approccio assistenziale programmato**, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva, anziché semplicemente sintomatica e attendista, come accade abitualmente per tradizione e prassi consolidata. Il Chronic Care Model (vedi PSR 2008-2010) consente di realizzare la cosiddetta medicina di iniziativa o proattiva, in grado di integrare punti di vista diversi ma complementari, definibili come "agende", intese come insiemi di priorità, esigenze, bisogni. Tale *setting assistenziale* è realizzabile avviando servizi definibili **Ambulatori Orientati**, cioè l'offerta di interventi predefiniti ad assistiti aggregati in modo omogeneo per patologia/rischio/problema. Nel caso specifico dello SC gli assistiti vengono contattati dal proprio MMG e, informati su vantaggi e svantaggi della proposta, viene offerta loro la possibilità di aderire a tale modalità assistenziale. La programmabilità dell'assistenza può consentire ai MMG di realizzare una migliore organizzazione del proprio lavoro e di tenere conto non solo dei bisogni clinici dei pazienti, ma anche di quelli socio-assistenziali.

NB: La maggior parte dei pazienti cronici sono in realtà affetti da più patologie la cui interazione produce condizioni cliniche complesse, dinamiche, soprattutto nelle situazioni cliniche più avanzate. Il modello descritto, orientato alla singola malattia, deve essere pertanto integrato, nel singolo caso, in modo da realizzare un percorso di cura

indirizzato alla persona nella sua costellazione di comorbilità.

Epidemiologia e carico assistenziale

Lo SC è caratterizzato da un'alta prevalenza (0,3-2% della popolazione adulta, in Italia circa 600.000 pazienti già diagnosticati) e incidenza (0,1-0,2%, 87.000 nuovi casi/anno). Complessivamente, in Italia, circa

3 milioni di pazienti sono affetti da disfunzione ventricolare sinistra, tra sintomatici e asintomatici. Oltre il 50% dei pazienti ha più di 65 anni, un terzo si colloca tra i 65 e i 74 anni.

In Toscana, sulla base dei DRG, gli assistiti per SC viventi erano 19 e 18 per 1.000 residenti ultra15enni rispettivamente tra gli uomini e le donne (al 1-1-2007). Gli anziani ultrasessantacinquenni affetti da scompensio cardiaco sarebbero circa 55.000.

Lo SC condiziona non solo le capacità fisiche ma anche la vita familiare, sessuale, sociale e lavorativa. È caratterizzato da alternanza di stabilità e instabilità, con frequenti ospedalizzazioni. È frequente la comorbilità, in primis BPCO, anemia, insufficienza renale e diabete. La prognosi è infausta (mortalità globale 50% a 5 anni dalla diagnosi, 20-30% ad un anno nelle forme lievi-moderate e > 50% nelle gravi, in media 30-40%). Anche i soggetti asintomatici con disfunzione ventricolare sinistra (stadio B) presentano un rischio elevato di mortalità e morbilità. A causa dell'invecchiamento della popolazione, è previsto aumento del numero dei casi e quindi dei costi sociali nei prossimi anni, con elevato utilizzo di risorse (attualmente 2-2,5% della spesa sanitaria totale, 60-70% per le ospedalizzazioni, prima causa di ricovero negli over 65).

Destinatari e obiettivi dell'assistenza

Il modello si rivolge a soggetti **ad alto rischio di SC** e a pazienti **scompensati** (vedi tabella 1). Le modalità organizzative vengono impostate dal MMG sulla base del consenso dell'assistito (e della famiglia) e si articolano diversamente in funzione delle condizioni di gravità e di autosufficienza della persona malata e delle caratteristiche del bacino d'utenza (prevalenza della malattia, ostacoli alla ottimizzazione delle cure, risorse disponibili).

Tabella 1

GESTIONE PROGRAMMATTA PAZIENTI SCOMPENSATI MEDIANTE AMBULATORIO ORIENTATO			
Tipologia pazienti	Azioni	Attori	Note
Asintomatico ad alto rischio di SC (stadio A e B)	Identificazione soggetti esposti ^{^^}	MMG I	Criteri accesso (stadio A): <ul style="list-style-type: none"> fattori di rischio (ipertensione arteriosa e/o diabete mellito, obesità); situazioni cliniche (insufficienza renale cronica, aterosclerosi polidistrettuale, assunzione prolungata di farmaci cardiotossici o radioterapia; familiarità per cardiomiopatia). Criteri di accesso (stadio B): <ul style="list-style-type: none"> ipertensione arteriosa con danno d'organo; diabete mellito complicato; insufficienza renale cronica severa; pregresso infarto miocardico; malattia valvolare emodinamicamente rilevante. Effettua lo screening nutrizionale per identificare il rischio nutrizionale (metodo MUST=Malnutrition Universal Screening Tool) secondo procedure definite e condivise.
	Screening ecocardiografico	C	Stadio B Conferma strumentale della disfunzione ventricolare sinistra asintomatica, eventuale ricerca eziologica.
	Prevenzione primaria e controllo fattori di rischio	MMG-I	Consulenza specialistica nei pazienti con problematiche rilevanti e complesse, non adeguatamente controllati dagli interventi di primo livello.
Oligo-asintomatico* (stadio C, classe NYHA I-II stabile)	Pianificazione terapia** e follow-up***	MMG-I	Controlli presso ambulatorio orientato secondo piano assistenziale programmato (vedi scheda follow-up) <ul style="list-style-type: none"> esegue gli esami strumentali; interviene in caso di peggioramento clinico senza pronta risposta alla terapia o per comparsa di complicanze (vedi box). Il MMG richiede la consulenza del dietista con l'obiettivo di rinforzare l'aderenza alle modificazioni terapeutiche dello stile di vita e prevenire/trattare l'eventuale stato di malnutrizione per difetto o per eccesso.
		C	
		D	
Sintomatico* (stadio C, classe III, stabile)	Pianificazione terapia** e follow-up***	MMG-I	Vedi sopra Particolare importanza della prevenzione e riconoscimento delle cause di instabilizzazione** Vedi sopra
		C	
		D	
Instabile (classe III-IV)***	Valutazione grado autosufficienza (UVM) Pianificazione terapia** e follow-up***	MMG-I	Nei casi in cui non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problematiche socio-assistenziali il paziente viene seguito in regime di ADP o ADI con supporto infermieristico, specialistico e, nei casi indicati, sociale. Vedi sopra
		C-F	
		MC-AS	

* Per la definizione di SC si rimanda alle LG ESC 2008; ** LG regionali 2007; *** vedi paragrafo follow-up; ^^ Nei soggetti ad alto rischio di SC può essere utile il dosaggio del pro-BNP per identificare i soggetti da sottoporre ad ecocardiografia.

Legenda: MMG = Medico di Medicina Generale; I = Infermiere; C = Cardiologo; F = Terapista della Riabilitazione
MC = Medico di Comunità; AS = Assistente Sociale; D = Dietista.

Per ognuno dei pazienti, al momento dell'inserimento nel "percorso" si programma un piano assistenziale, che prevede l'inizio di un monitoraggio a cadenza prefissata effettuato dal MMG che è il

referente per il progetto affiancato dal personale infermieristico. Il modello assistenziale si pone i seguenti obiettivi:

Nei pazienti asintomatici:

• Ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare sinistra (DVS) nei pazienti ad alto rischio.

• Ritardare la progressione della DVS a scompenso conclamato.

Nei pazienti sintomatici:

- Migliorare la qualità di vita.
- Migliorare la soddisfazione per l'assistenza.
- Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura.
- Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera.
- Migliorare l'appropriatezza degli interventi, intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente.
- Migliorare la compliance ai farmaci ed alle misure relative allo stile di vita.

Attori

- MMG.
- Infermieri.
- Specialisti ospedalieri di riferimento.
- Medici di Comunità.
- Assistenti sociali.
- Dietisti.
- Terapisti della riabilitazione.

PERCORSO ASSISTENZIALE

Il follow-up del paziente con scompenso cardiaco richiede la disponibilità di personale infer-

mieristico formato alle problematiche clinico-assistenziali specifiche. Ha le seguenti finalità:

1. Educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, in particolare verifica dell'aderenza del paziente alla prescrizione terapeutica farmacologica e allo stile di vita.

2. Educazione del paziente all'autogestione del diuretico e all'autoanalisi di alcuni parametri quali diuresi, peso, sintomi di allarme.

3. Screening nutrizionale per l'identificazione del rischio nutrizionale secondo procedure definite e condivise nei pazienti malnutriti per difetto (metodo MUST) volto a identificare quei pazienti da indirizzare precocemente alla valutazione del dietista. Sulla base del livello di rischio rilevato (alto-medio-basso) devono essere implementate azioni conseguenti. La valutazione del rischio nutrizionale deve essere inserita nella cartella infermieristica.

4. Controllo efficacia, tollerabilità ed effetti collaterali del programma terapeutico.

5. Prevenzione cause di instabilizzazione.

6. Precoce riconoscimento eventuale instabilizzazione clinica e individuazione fattore precipitante. *(Non sempre infatti è indispensabile l'ospedalizzazione e il problema può essere in molti casi gestito e risolto ambulatoricamente, eventualmente tramite contatto con lo specialista di riferimento).*

7. Valutazione e controllo delle comorbidità e delle complicanze nel paziente in più gravi con-

FOLLOW-UP DEL PAZIENTE STABILE

Classe NYHA I e II

Controlli clinici ogni 6 mesi da parte del MMG: presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo PDT concordati) + ECG acquisiti dall'infermiera + valutazione compliance + educazione terapeutica + somministrazione questionario QdV e soddisfazione una volta all'anno da parte dell'infermiera.

Ogni 2 anni ecocardiogramma effettuato dal cardiologo.

Classe NYHA III

Controlli clinici ogni 3 mesi da parte del MMG: presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo PDT concordati) + ECG acquisiti dall'infermiera + valutazione compliance + educazione terapeutica + somministrazione questionario QdV e soddisfazione una volta all'anno da parte dell'infermiera.

Ogni anno ecocardiogramma effettuato dal cardiologo.

CRITERI DI STABILITÀ 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.

dizioni, ad esempio gestione lesioni da pressione, catetere vescicale, eventuale terapia infusiva.

Il paziente fragile (classe NYHA avanzata, polipatologia, scarsa capacità funzionale, impossibilità a deambulare, deterioramento cognitivo e problemi socioambientali, non autosufficienti, affetti da gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati, assenza di contesto familiare...) può essere assistito solo in un sistema coordinato di continuità socio-assistenziale, rivolto all'attenuazione della sintomatologia e al miglioramento del-

la qualità di vita, di relazione, di morte. Nei casi in cui il paziente non possa accedere all'ambulatorio del MMG viene seguito in regime di ADP o ADI con il supporto al MMG referente del monitoraggio infermieristico. Viene eseguita una prima visita congiunta (infermiere e MMG, in alcuni casi anche cardiologo) a casa del paziente per pianificare il piano assistenziale e la frequenza dei controlli. Segue la fase di monitoraggio domiciliare da parte dell'infermiere che ad ogni controllo rileva eventuali variazioni di segni e sintomi di scompenso,

CRITERI DI INSTABILITÀ 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 creatinemia ≥ 2.5 mg/dl o aumentata di 2 volte, comparsa o peggioramento iponatriemia (≤ 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.

Tabella 2 - Indicatori dell'assistenza

STRUTTURA	PROCESSO	ESITO
<ul style="list-style-type: none"> • medicina di associazione (rete, gruppo) collegata in rete • presenza di infermieri specializzati • partecipazione dei professionisti a corsi di formazione specifica • disponibilità di PDT condivisi aggiornati • disponibilità strumenti di valutazione • disponibilità materiale educativo/informativo 	<ul style="list-style-type: none"> • elenco pazienti a rischio e pazienti scompensati • % di pazienti in terapia con ACE-inibitori / sartani - TARGET > 85% e BB - TARGET > 50%; • % di pazienti sottoposti almeno una volta ad ecocardiografia - TARGET > 75% • % pazienti in TAO se FA - TARGET > 85% • % pazienti per i quali è documentata la consegna di istruzioni scritte o materiale educativo - TARGET > 90% • % pazienti in trattamento con diuretici che hanno effettuato almeno una misurazione di sodio e potassio • % pazienti che hanno effettuato almeno una misurazione di azotemie e creatinina • % di pazienti per i quali è documentata la messa in atto di tutte le componenti consigliate • Cartella personale del paziente • N° contatti MMG/specialista di riferimento • N° contatti MMG/Infermiere • N° contatti MMG/dietista • % di pazienti che hanno effettuato almeno una volta lo screening nutrizionale • Stabilità alla dimissione (BNP o altro criterio) • Presenza nella lettera di dimissione di prosecuzione o inizio del percorso domiciliare 	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione ricoveri per SC e altre cause rispetto all'anno precedente* • Riduzione accessi in PS/DEA rispetto all'anno precedente* • Riduzione episodi di morbilità cardiovascolare richiedenti la visita domiciliare del MMG o del 118 rispetto all'anno precedente* • Miglioramento qualità di vita e soddisfazione del malato rispetto al punto 0 • Miglioramento malnutrizione per eccesso: riduzione dei punti di BMI in coloro che partivano all'atto della consulenza dietistica con valori >27 • Miglioramento malnutrizione per difetto: passaggio a livelli di rischio di entità minore <p>* In caso di estensione del modello ad un congruo numero di practice</p>

parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, diuresi), misura il peso corporeo e si accerta della corretta assunzione dei farmaci e di eventuali significative variazioni /difficoltà nella assunzione alimentare. Tutte queste informazioni vengono comunicate al MMG. In caso di peggioramento clinico l'infermiere contatta il MMG che decide per la variazione terapeutica o la consulenza cardiologica. Se necessario, sulla base della prescrizione del MMG, l'infermiere esegue terapia infusiva di diuretici per via endovenosa. Per i pazienti a rischio nutrizionale medio (con apporti alimentari inadeguati) e alto si rende necessaria un'accurata valutazione dietetica ed interventi terapeutici appropriati attraverso supporto nutrizionale per os o artificiale in quanto la cachessia

cardiaca è un importante elemento predittivo di ridotta sopravvivenza.

In caso di ospedalizzazione, la condivisione di obiettivi e percorsi assistenziali fra team ospedaliero, paziente, famiglia e team territoriale che prenderà in carico il paziente deve iniziare prima della dimissione, mediante contatto con il MMG.

Monitoraggio dell'assistenza

Per ogni fase del percorso gestionale è prevista l'adozione di specifici indicatori e relativi standard per processi di audit clinico e miglioramento della qualità assistenziale (vedi tabella 2).

La definizione degli standard deve essere flessibile, in funzione dell'età del paziente, delle comorbidità e della situazione socio-sanitaria.

Modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari: nota sull'atto d'indirizzo DGR 385/2009

La Regione Toscana al fine di incrementare le risposte ai bisogni espressi dai cittadini per l'abbattimento delle liste di attesa in RSA, per l'incremento dei servizi di domiciliarità, residenzialità, semiresidenzialità e sollievo, ha effettuato delle scelte per attuare un sistema in cui le politiche sociali di assistenza alla popolazione anziana consolidino i legami di solidarietà fra le generazioni e valorizzino il ruolo della famiglia a sostegno delle persone anziane sia quando queste permangono presso il proprio domicilio che quando facciano ricorso alle strutture residenziali.

Prima di affrontare il tema della compartecipazione degli utenti al sistema integrato di interventi e servizi sociali, è importante chiarire che tale sistema ha carattere di universalità come stabilito dalla L.R. 41/05. La valutazione della situazione economica serve unicamente per definire l'entità della compartecipazione e non costituisce criterio selettivo per accedere al sistema integrato delle prestazioni o per determinarne la esclusione.

È stato ritenuto determinante lo sviluppo del sistema pubblico degli interventi a sostegno delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie ed il coordinamento della rete di servizi che ne fanno parte al fine di facilitare la permanenza delle perso-

GIOVANNA FAENZI

Settore Governo socio-sanitario - Regione Toscana

ne anziane nel proprio ambiente di vita; ed è stato considerato appropriato, nel rispetto del principio di solidarietà all'interno dell'ambito familiare, di tenere conto per il calcolo della compartecipazione per i servizi residenziali rivolti a ultra sessantacinquenni, della situazione economica e patrimoniale non solo dell'assistito ma anche dei parenti in linea retta di primo grado e del coniuge. Altra scelta di fondo che è stata prevista è quella di aver predisposto un sistema di compartecipazione che preveda un'efficace tutela delle fasce economiche più deboli anche in considerazione dell'attuale congiuntura economica.

La Regione Toscana già con la L.R. 41/2005, aveva scelto di utilizzare lo strumento dell'ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente) per valutare la situazione economica dei bene-