

SCOMPENSO CARDIACO IN MEDICINA GENERALE

LA CORRETTA GESTIONE AMBULATORIALE DELLO SCOMPENSO CARDIACO PUÒ LIMITARE LE RIOSPEDALIZZAZIONI?

LUCIO ZINNI

Medico di Medicina Generale, Paglieta (Chieti), SIMG Abruzzo

Lo scompenso cardiaco (SC) è una delle malattie a più alta rilevanza sociale e, per certi aspetti, potremmo dire che è un “effetto indesiderato” del miglioramento delle cure e della aumentata sopravvivenza da cardiopatia ischemica in particolare, e da prolungamento della vita in generale. I dati di prevalenza (dal 0,4 al 2%) nella popolazione generale, di comorbidità, i dati relativi agli accessi ambulatoriali e domiciliari per tale patologia^{1,2} delineano un campo di pertinenza proprio della Medicina Generale, ma al tempo stesso i dati relativi ai ricoveri ospedalieri³ per tale patologia e le riospedalizzazioni a breve, nonché il numero di controlli ambulatoriali specialistici con o senza indagini strumentali e/o di laboratorio ad esse connessi ci dicono che molto resta da fare per individuare un corretto percorso assistenziale fra territorio e ospedale per il miglior governo clinico dello SC.

Nella società occidentale, sempre più stretta fra la necessità di garantire la miglior qualità di vita possibile ai propri cittadini e la limitatezza delle risorse a disposizione, non è pensabile che si possa continuare ad avere un così alto tasso di ospedalizzazioni e riospedalizzazioni, sempre molto costose, d'altro canto si prospetta una gestione pressoché esclusivamente “territoriale” affidata al Medico di Medicina Generale (MMG) senza alcun altro “strumento” che la sua preparazione e la sua buona volontà.

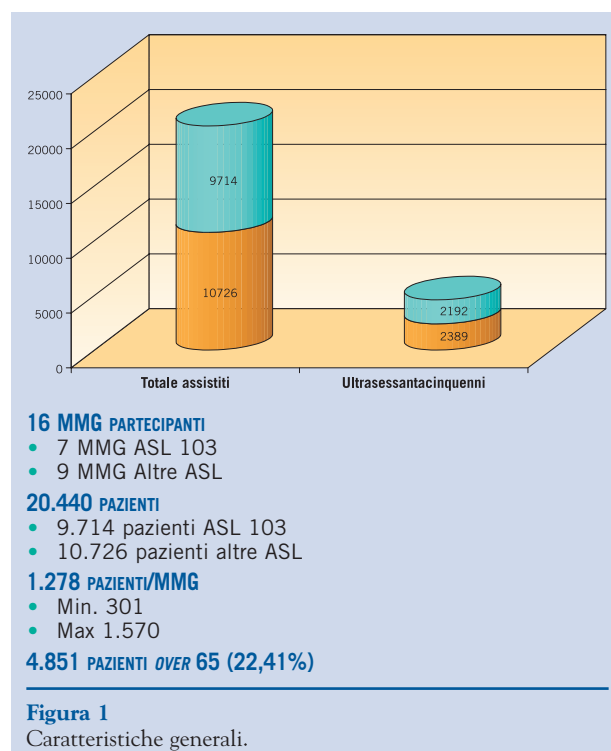
Per questi motivi il problema è pressante e le soluzioni sono tuttora, per così dire, “in progress”.

Nel 2003 in Italia 193.294 ricoveri per DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) pari a 9,68 giornate di degenza media. In Abruzzo i ricoveri sono 4.672 per un numero di giornate di degenza di 8,9³. Nella nostra ASL gli unici dati disponibili di fonte ASL (1083 ricoveri) sono relativi all'anno successivo, ma è lecito supporre che non si scostino molto da quelli dell'an-

no precedente. Né sul sito del Ministero, né dai dati ufficiali della nostra ASL si può risalire al numero di riospedalizzazioni.

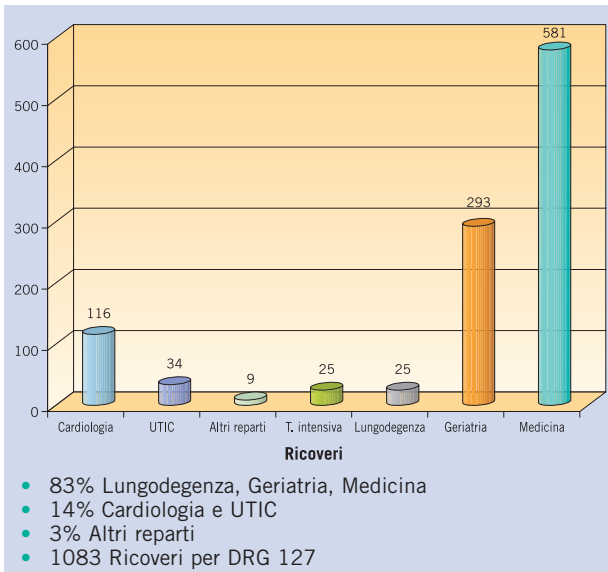
LA RICERCA

Abbiamo promosso una indagine fra i MMG Abruzzesi sulla relazione tra la popolazione con diagnosi di SC e le ospedalizzazioni e riospedalizzazioni a breve (entro 180 giorni) nel periodo degli ultimi due anni (2003-2004). Hanno partecipato 16 MMG, 7 dell'ASL 103 Lanciano – Vasto e 9 di altre realtà abruzzesi, per una popolazione globale assistita di 20.440 unità (Fig. 1).



MEDICI DI MEDICINA GENERALE CHE HANNO PARTECIPATO AL PRESENTE LAVORO

Antonini Paolo, D'Annibale Rita, Di Fulvio Aristide, Di Marco Silvana, Di Loreto Silvio, Di Paolo Anna Rita, Di Paolo Antonio, Giacci Luciano, Lippa Luciano, Perugini Mario Arnaldo, Salvio Giuliano, Sammarone Rodolfo, Smerilli Alessandro, Stante Fausto, Valletta Domenico

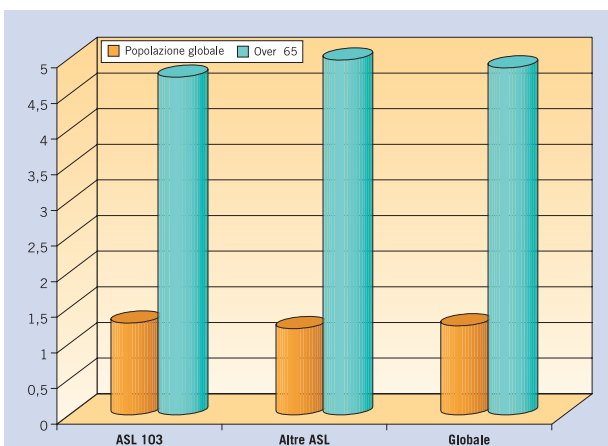
**Figura 2**

Distribuzione dei ricoveri per DRG 127 nell'ASL 103 Lanciano Vasto (Chieti) nel 2003.

La distribuzione dei ricoveri avviene secondo il grafico mostrato in Figura 2. È evidente come la grandissima parte dei pazienti con SC sia ricoverata in reparti "non a stretta specializzazione cardiologica" e da un'analisi parziale dei dati, che qui non viene riportata, si evince come i pazienti ricoverati nella Cardiologia e/o nell'UTIC siano poco rappresentativi della realtà globale dello SC. Si tratterebbe infatti di pazienti più giovani e con scarsa comorbidità.

I dati di prevalenza mostrano una buona rappresentatività del campione affetto da SC (Fig. 3).

Il numero globale di pazienti con diagnosi di SC è risultato essere pari a 255 (125 per i MMG della ASL 103).



1,25% SULL'INTERA POPOLAZIONE ESAMINATA

- ASL 103: 1,29%
- Altre ASL: 1,21%

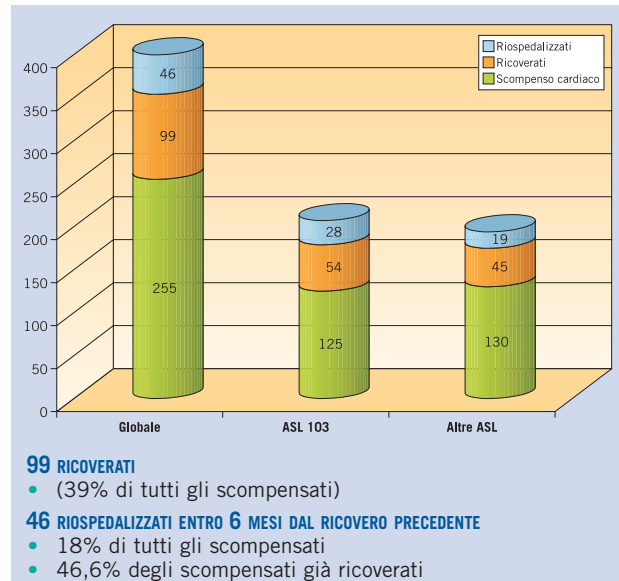
4,87% SULLA POPOLAZIONE > 65:

- ASL 103: 4,74%
- Altre ASL: 4,98%

DI TUTTI I PAZIENTI AFFETTI DA SC L' 87,5% È > 65

Figura 3

Dati di prevalenza.

**Figura 4**

Ricoveri e riospedalizzazioni entro 180 giorni per SC - periodo 2003-2004 - nella popolazione considerata.

Di essi 233 hanno un'età > 65 anni. La prevalenza di SC sulla popolazione generale è del 1,25%, mentre è di 4 volte superiore nella popolazione over 65 (4,87%). Abbiamo poi esaminato i dati relativi alle ospedalizzazioni e riospedalizzazioni (Fig. 4). Negli ultimi due anni sono stati ricoverati per SC 99 pazienti pari al 39%. Di essi sono stati riospedalizzati a sei mesi in 46 pari al 18% del totale degli affetti da SC e pari al 46,6% di coloro che erano stati ricoverati una prima volta. Anche qui c'è una concordanza di fondo con i dati di ricerca nazionale (lo studio Temistocle⁴ parla del 44,6% di tasso di riospedalizzazione). Le differenze di comportamento tra i due gruppi non sono significative, ma non sono neppure immediatamente confrontabili per vari motivi, non ultimi i seguenti:

- lo studio, realizzato in poco tempo, mirava più a evidenziare le capacità di ricerca e ad esaltarne le potenzialità in Medicina Generale, che a ottenere risultati statisticamente ineccepibili;
- manca una stratificazione per sesso, per età e, soprattutto, per severità del quadro clinico.

IL RUOLO DELLA MEDICINA GENERALE NEL MANAGEMENT DELLO SCOMPENSO CARDIACO

La Medicina Generale non è all'anno zero per quanto attiene a questo specifico problema e la SIMG in particolare ha fatto molto in questi anni per contribuire allo studio dello SC e a definire il ruolo specifico del MMG^{5,6}.

Il ruolo che il MMG svolge nella gestione del paziente con SC si estrinseca attraverso una serie di interventi, attività e compiti che sono riassunti in modo schematico in Tabella I e di esso, rispetto al problema delle ospedalizzazioni, è decisivo focalizzare l'attenzione su due punti:

TABELLA I
Ruolo del medico generale
nella gestione dello scopenso cardiaco.

FASE DIAGNOSTICA
<ul style="list-style-type: none"> • Sorveglianza della popolazione a rischio • Cardiopatia ischemica • Ipertensione arteriosa • Aritmie • Attenzione ai sintomi sentinella e agli stili di vita (dispnea, astenia, edemi declivi, oliguria, ...)
FASE DI SINDROME CONCLAMATA
<ul style="list-style-type: none"> • Controllo delle terapie • Controllo della qualità di vita del paziente • Controllo delle patologie concomitanti • Prevenzione dei fattori di “instabilizzazione emodinamica”
FASE DELLA DEOSPEDALIZZAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> • Concordare le terapie e il monitoraggio ambulatoriale • Coordinare gli interventi sul paziente <ul style="list-style-type: none"> – Famiglia – Infermiere – Specialisti

- 1) la prevenzione dei fattori di instabilizzazione emodinamica;
- 2) la deospedalizzazione in fase stabile e in regime di continuità del percorso assistenziale.

Su ambedue questi punti la SIMG con ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) ha prodotto Linee Guida ⁷ che possono essere un buon riferimento per organizzarsi a livello locale. In particolare il problema della riospedalizzazione a breve termine (entro 6 mesi) impone molta attenzione alla dimissione ospedaliera poiché, se d’un canto è giusto limitare il numero di giornate di degenza allo stretto necessario, è d’altro canto vero che occorre un intervento integrato di professionalità diverse che permettano al paziente di fruire presso il proprio domicilio delle cure più appropriate. Ad oggi, nella nostra realtà, e, temiamo, nella realtà nazionale, dai dati che è possibile consultare, così non è. Strumenti e supporti (il “nursing”) che consentano al MMG di svolgere al meglio questo compito professionale non sono disponibili.

CONSIDERAZIONI SULLA RICERCA EFFETTUATA E PER IL FUTURO

1. Nella nostra realtà territoriale il presente studio, considerando dati originali sulle riospedalizzazioni per SC, ha mostrato come il tasso di queste ultime sia allineato con uno studio di rilevanza internazionale (Temistocle) per dimensioni e qualità.
2. La Medicina Generale è depositaria di una mole e

di una qualità di dati che costituisce un patrimonio da valorizzare maggiormente, anche e soprattutto in termini contrattuali. La cessazione di attività di un MMG con una banca dati riproduce in sedicesimo la distruzione della biblioteca di Alessandria ...

3. La ricerca e l’analisi dei dati favorisce la crescita professionale e propone la Medicina Generale sulla ribalta della Sanità con una dignità e una forza che in tempi di appiattimento verso il basso vanno affievolendosi sempre più.

Bisogna che sempre più la ricerca si traduca in risultati di pratica clinica e questo è un gap che resta ancora da colmare. Nel presente studio, ma anche in altri che abbiamo avuto modo di esaminare, ad esempio, si è dato per scontato il dato “diagnosi” come già esistente e spesso proveniente da specialisti ospedalieri e/o da ricoveri. Resta invece la zona grigia grandissima della diagnosi precoce dello SC attraverso la definizione di indicatori in tal senso: questo è un terreno assolutamente proprio della Medicina Generale e, forse, i dati di prevalenza subirebbero un netto incremento se riuscissimo a produrre dati così orientati.

CONCLUSIONI (ORGANIZZAZIONE SANITARIA)

Una recente metanalisi ⁸ (di *effectiveness* e cioè di efficacia pratica) ha esaminato l’applicazione di DMP (*Disease Management Programs*) ai pazienti anziani affetti da SC prendendo in considerazione 54 studi (27 randomizzati e 27 non randomizzati). Si è evidenziata per gli studi randomizzati una riduzione:

- significativa (-30%) delle riospedalizzazioni per scopenso cardiaco;
- di riospedalizzazione per tutte le cause (-12%);
- dell’end point combinato riospedalizzazione e morte (-8%).

In base ai dati esaminati, alla nostra esperienza di MMG, siamo portati a credere che la soluzione del problema della razionalizzazione delle ospedalizzazioni e riospedalizzazioni per SC passi necessariamente attraverso la condivisione del percorso assistenziale del paziente con SC da parte di *tutti gli attori interessati* (MMG, ospedalieri non solo cardiologi, medici di pronto soccorso, medici della continuità assistenziale, infermieri, dirigenti amministrativi) tramite l’adozione di comportamenti e linee guida che specifichino i contenuti *diagnostici, terapeutici, assistenziali ed organizzativi* dei diversi passaggi del percorso con le risorse disponibili a livello locale ⁹.

Oggi abbiamo un bagaglio tecnologico, farmacologico e strumentale, che ci consente di trattare l’insufficienza cardiaca ad un livello mai prima raggiunto. Pur tuttavia la Medicina non è oggi solo farmaci e tecnica: è *possibilità di accesso* a farmaci, a tecnica ed a strutture e per questo esige organizzazione e raccordo fra tutti gli

operatori. Non è credibile la gestione di patologie complesse senza la complessità organizzativa della macchina sanitaria ancor più quando si vuole pensare ad una *home care* moderna territorialmente adeguata.

Il solo pensiero che tutto possa essere affidato alla "buona volontà" ed alle capacità del singolo, pur bravo medico, ma anche alla singola equipe ospedaliera è destinato a naufragare.

Bibliografia

- ¹ McMurray JJ, Petrie MC, Murdoch DR, Davie AP. *Clinical epidemiology of heart failure: public and private health burden*. Eur Heart J 1998;19(Suppl P):P9-P16.
- ² McMurray JJ, Stewart S. *Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure*. Heart 2000;83:596-602.
- ³ http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ric_informazioni/default.jsp
- ⁴ Di Lenarda A, Scherillo M, Maggioni AP, Acquarone N, Ambrosio GB, et al.; TEMISTOCLE Investigators. *Current presentation and management of heart failure in cardiology and internal medicine hospital units: a tale of two worlds--the TEMISTOCLE study*. Am Heart J 2003;146:E12.
- ⁵ Moretti L, Paolini I, Marulli CF; SIMG Abruzzo, Marche. *VISC - Audit: valutazione indicatori nello scompenso cardiaco, 2002* (studio non pubblicato).
- ⁶ *Indicatori e standard di qualità per le patologie cardiovascolari in Medicina Generale*. Proposta elaborata dall'Area Cardiovascolare SIMG per la Medicina Generale Italiana.
- ⁷ *Lo scompenso cardiaco*. In: *Linee guida in Medicina Generale*. SIMG-ANMCO 1997.
- ⁸ Gonseth J, Guallar-Castillonb P, Banegasb JR, Rodriguez-Artalejob F. *The effectiveness of Disease Management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports*. Eur Heart J 2004;25:1570-95.
- ⁹ *TRiPPs II - Trasferire i risultati della ricerca in pratica dei servizi sanitari*. Progetto Friuli per la Gestione della Insufficienza Cardiaca.

