

# CONSENSUS CONFERENCE: IL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

Professione

ALESSANDRO FILIPPI, PASQUALINO SFORZA,  
PIER CLAUDIO BARSESCO  
Area Cardiovascolare, SIMG

Le patologie croniche saranno per il mondo occidentale la sfida sanitaria del terzo millennio. Il progressivo incremento delle fasce di popolazione in età più avanzata e la migliore qualità delle cure in fase acuta di malattia, hanno determinato una significativa riduzione della mortalità all'esordio delle patologie cardiovascolari, ed uno spostamento della popolazione verso patologie cardiache croniche ed instabili, prime fra tutte lo scompenso cardiaco.

Nei reparti ospedalieri aumenta progressivamente il numero di pazienti affetti da malattie croniche riacutizzate, non passibili di guarigione, né risolvibili nel corso di un singolo accesso alla struttura. Alla dimissione raramente il paziente può considerarsi guarito; sempre più spesso il suo Medico di Medicina Generale (MMG) lo accoglie nel territorio con la necessità di attivare le strategie operative che possano consentire di mantenere un'accettabile livello funzionale e un'accettabile qualità di vita.

Per affrontare questa situazione è necessario utilizzare un approccio multi-disciplinare: i professionisti e le istituzioni devono confrontarsi per sviluppare risposte assistenziali efficaci e sostenibili. L'anno scorso l'ANMCO ha promosso una *Consensus Conference* sulla gestione dello scompenso cardiaco cui hanno partecipato le società scientifiche interessate allo scompenso cardiaco, compresa la SIMG, con l'intento di fornire ad ogni Regione lo strumento per il miglioramento della risposta assistenziale a bisogno dei sempre più numerosi soggetti affetti da scompenso.

Il risultato finale, presentato a dicembre ed in corso di pubblicazione, definisce un percorso diagnostico terapeutico (PDT) fondamentale, da adattare alle realtà locali, i cui attori sono i MMG, gli specialisti ospedalieri (cardio-

logi, internisti e geriatri) ed ambulatoriali, gli infermieri, i pazienti, i caregiver. Il documento di consenso definisce i loro ruoli e le funzioni specifiche nella evoluzione dinamica della patologia, ed arriva a personalizzare i percorsi assistenziali in relazione alla gravità della malattia, alla presenza di comorbidità, all'età del paziente ed al tessuto sociale di riferimento. Tracciando le linee guida per la riorganizzazione funzionale dell'ospedale e del territorio vengono definiti gli obiettivi in termini di prestazioni minime, elemento fondamentale sia per valutare la qualità delle prestazioni erogate sia per garantire l'uniformità di cure sull'intero territorio nazionale.

Per migliorare l'integrazione fra le varie figure all'interno dell'ospedale, tra ospedale e territorio e tra le stesse strutture territoriali, indicata la necessità di utilizzare lo strumento telematico, elemento essenziale per valutare per la raccolta delle informazioni essenziali, per stabilire le strategie di miglioramento e per la comunicazione. Si suggerisce inoltre la creazione di un Organismo di Coordinamento per la gestione delle patologie croniche (compreso lo scompenso cardiaco), in cui trovino voce le varie realtà professionali interessate.

## GLI ELEMENTI DI NOVITÀ

Al di là degli specifici contenuti, però, il cuore innovativo di questo documento che parte, ricordiamo, dalla realtà ospedaliera cardiologica è, a nostro giudizio, ben sintetizzato dal seguente passaggio:

“Se da alcuni la gestione centralizzata a livello ospedaliero, in strutture ambulatoriali dedicate al paziente con SC, dotate di personale medico ed infermieristico

**È stato recentemente pubblicato (Giornale Italiano di Cardiologia) il documento di consenso sulla gestione del paziente con scompenso cardiaco, frutto del lavoro congiunto di tutte le società scientifiche coinvolta nel problema. Si tratta di un evento importante nell'ambito della sanità italiana, perché il lavoro svolto consente di disporre di un documento di riferimento autorevole, ampiamente condiviso, utilizzabili nell'ambito di accordi e progetti locali. L'intero documento non è brevissimo, affrontando tutte le differenti problematiche dello scompenso; ci è sembrato utile fornire una sintesi mirata agli aspetti più rilevanti per il Medico di Medicina Generale.**

*Alessandro Filippi*

*Responsabile Area Cardiovascolare SIMG*

esperto, è ritenuta il modello ideale per la diagnosi e la cura della malattia, una presa in carico specialistica della globalità dei pazienti con scompenso cardiaco (SC) appare oggi insostenibile, sia per l'enorme carico di lavoro, che per la dubbia opportunità di un utilizzo generalizzato, e non mirato ai casi più complessi, delle competenze specialistiche del personale medico ed infermieristico degli Ambulatori dedicati. Inoltre, trattandosi nella maggioranza dei casi di pazienti anziani, con multiple comorbidità, limitazioni funzionali e disabilità, e quindi con oggettive difficoltà d'accesso alle strutture ospedaliere, l'Ambulatorio specialistico dedicato allo SC non sempre riuscirebbe a garantire la giusta intensità e continuità assistenziale. Inoltre va sottolineato che nei pazienti con pluripatologie maggiore è l'esigenza di un approccio globale, in grado cioè di integrare tra loro i molteplici PDT impostati, attraverso il ricorso a diverse competenze specialistiche.

È infine da ricordare che, nel nostro Servizio Sanitario, la responsabilità complessiva delle cure per tutti i pazienti non ospedalizzati è ricondotta al MMG. Vi è quindi la necessità di ricercare, se pur gradualmente, soluzioni assistenziali condivise fra cure primarie e specialistiche".

Un altro aspetto fondamentale e, a nostro avviso, estremamente positivo della *Consensus* è l'individuazione di punti fondamentali che fanno da guida alle indicazioni professionali ed organizzative, qualsiasi sia la tipologia di paziente ed il contesto assistenziale. Citiamo dal testo: "I fondamenti per un approccio integrato sono:

1. il paziente è al centro della rete assistenziale integrata e deve poter sistematicamente individuare referenti sanitari ai diversi livelli del percorso di cura;
2. la presa in carico del paziente con SC è di regola compito del MMG, con la collaborazione degli altri

operatori sanitari coinvolti, secondo il loro ruolo e responsabilità, e con il fine ultimo della migliore qualità di cura;

3. i protocolli e PDT prevedono l'esplicita definizione di quali sono (quale), da chi (chi) e dove vengono effettuati (dove), in che tempi (quando) e per quali motivazioni (perché), e sono condivisi tra tutti gli operatori attivamente coinvolti nel controllo dei risultati;
4. il database del paziente, comune e dinamico, centro del sistema, dovrebbe essere accessibile a tutti gli attori; la raccolta dei dati è effettuata nella normale routine; i dati potrebbero essere scambiati in maniera continua e condivisa a seconda delle necessità del paziente tra i diversi attori del sistema".

Un altro elemento importante è rappresentato dalla struttura del documento, che parte dalla realtà clinica del paziente per identificare i percorsi gestionali più idonei. Le situazioni individuate sono le seguenti:

1. prevenzione e screening della disfunzione ventricolare asintomatica;
2. il paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato;
3. Il paziente con SC ambulatoriale oligosintomatico;
4. Il paziente con SC grave candidabile al TC;
5. Il paziente con SC con comorbidità e/o anziano;
6. Il paziente con SC terminale.

Questo approccio è simile a quello utilizzato nelle cure primarie e facilita sicuramente l'utilizzo del documento. Per quanto riguarda più specificatamente il ruolo della Medicina Generale, di particolare interesse sono i punti che affrontano la diagnosi, la terapia, la dimissione dall'ospedale e il follow-up. Soprattutto questi ultimi due aspetti rappresentano una novità rispetto a quanto già riportato dalle linee guida internazionali, dove raramente

**TABELLA I**  
**Indicatori di qualità utilizzabili dal Medico di Medicina Generale.**

1.	<i>Valutazione della funzione sistolica ventricolare.</i> La documentazione clinica dei pazienti affetti da scompenso cardiaco dovrebbe contenere dati relativi alla valutazione della funzione ventricolare sinistra, dato che tale misurazione ha implicazioni sia di tipo diagnostico che terapeutico (target $\geq 75\%$ ).
2.	<i>Uso degli ACE-inibitori o antagonisti recettoriali dell'angiotensina.</i> I pazienti con SC con disfunzione ventricolare sinistra e che non presentino controindicazioni dovrebbero essere trattati con ACE-inibitori o antagonisti recettoriali dell'angiotensina (target $\geq 85\%$ ).
3.	<i>Uso dei beta-bloccanti.</i> I pazienti con SC con disfunzione ventricolare sinistra e che non presentino controindicazioni dovrebbero essere trattati con beta-bloccanti (target $\geq 50\%$ ).
4.	<i>Uso della terapia anticoagulante per la fibrillazione atriale.</i> I pazienti con scompenso cardiaco e fibrillazione atriale che non presentano controindicazioni dovrebbero essere trattati con anticoagulanti orali (target $\geq 85\%$ ).
5.	<i>Educazione del paziente.</i> I pazienti con scompenso cardiaco dovrebbero ricevere materiale informativo scritto sul livello di attività fisica consigliato, la dieta, la terapia farmacologica, la misurazione del peso, il comportamento da tenere in caso di deterioramento dei sintomi, e un appuntamento di follow-up (target $\geq 90\%$ ).
6.	<i>Valutazione multidimensionale (VMD) di I livello in pazienti anziani.</i> I pazienti ultrasettantacinquenni con scompenso cardiaco dovrebbero essere sottoposti ad una VMD di I livello per accertarne stato fisico, capacità cognitive, benessere psichico e livello di autosufficienza, in modo da poter definire il piano di cura più adatto ai loro bisogni assistenziali (target $> 50\%$ ).

vengono affrontati in termini operativi. Viene poi ricordata esplicitamente l'importanza della cartella clinica computerizzata per la registrazione delle informazioni necessarie alla corretta gestione del paziente ed alla valutazione degli indicatori di qualità assistenziale.

### I PUNTI FONDAMENTALI

Gli snodi gestionali fondamentali sono stati riassunti tramite flow-chart. A titolo indicativo riportiamo quelle di maggior interesse per il MMG (nn. 1, 16, 17, 18, 20). Un altro elemento fondamentale è la condivisione degli indicatori di qualità, che riportiamo integralmente solo quelli applicabili dal MMG (Tab. I), ma altri sono disponibili specificatamente per l'ospedale.

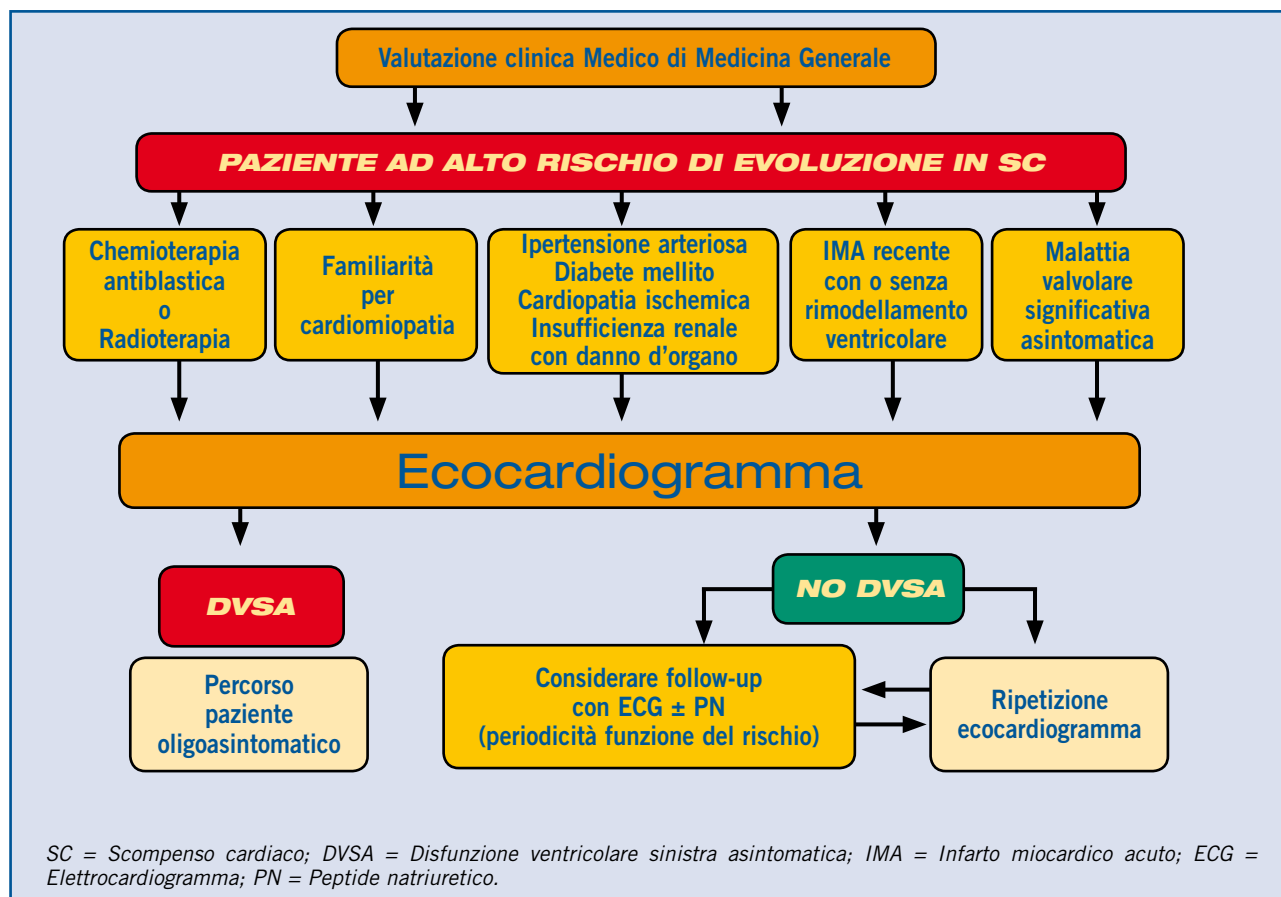
### LIMITI DEL DOCUMENTO

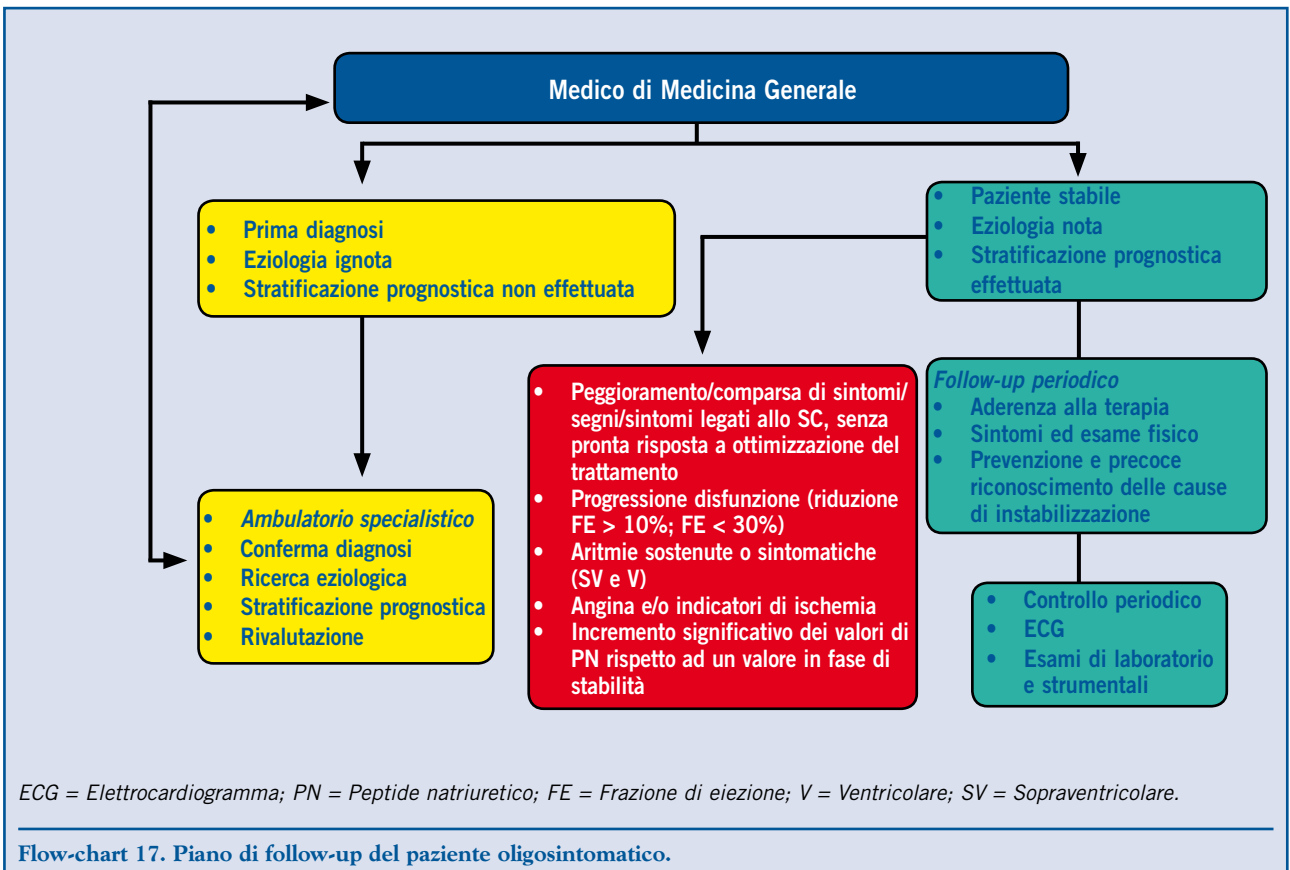
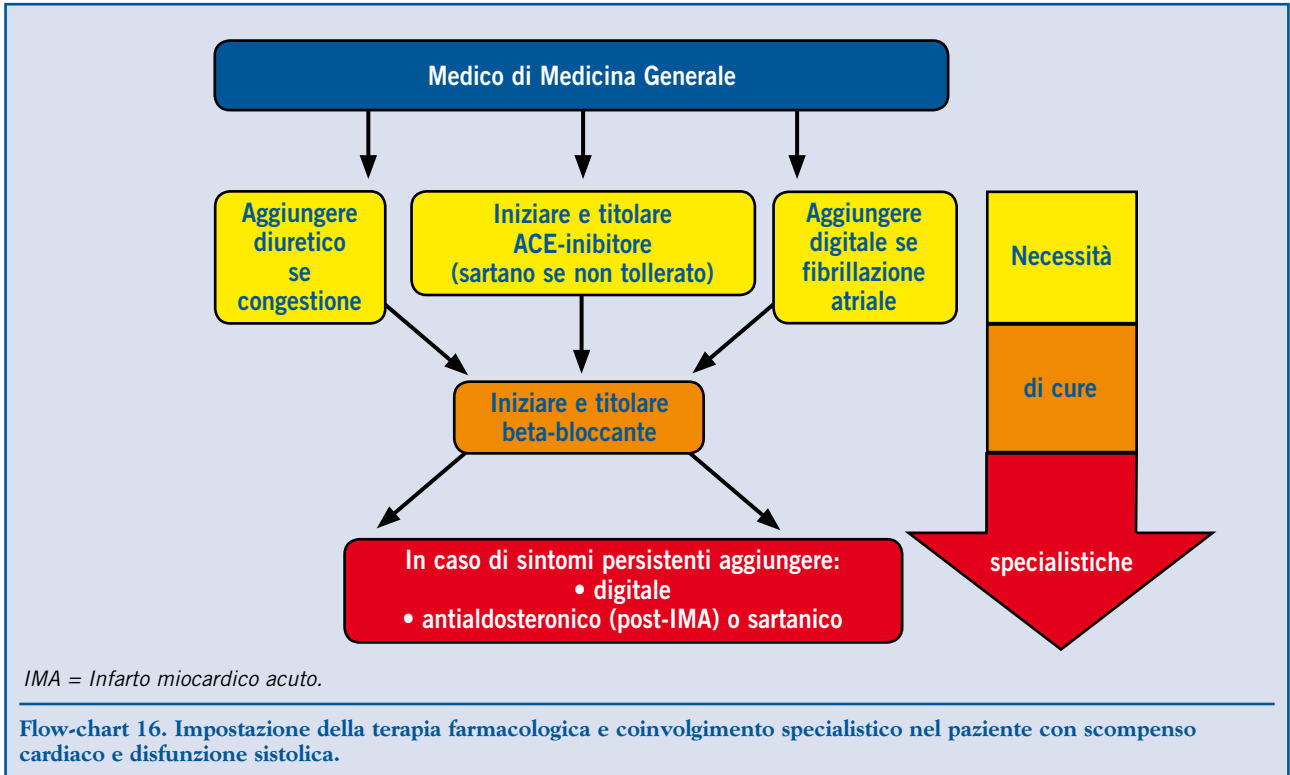
Pur rappresentando un importante momento di confronto (e, a volte, di necessario compromesso) tra diverse professionalità e di un fondamentale punto di riferimento, anche questo documento (come tutte le cose umane) ha dei limiti che ci pare importante evidenziare. Nello sforzo di uscire dalla pura teoria, si è un po' ecceduto nel dettagliare le caratteristiche dell'organizzazione a livello di ASL e di Distretto, proponendo modelli non necessariamente sempre applicabili e/o condivisibili. Un altro aspetto riguarda la difficoltà dell'attuazione generalizzata del modello assistenziale proposto, in termini di risorse, strutture e modalità "operative" reali

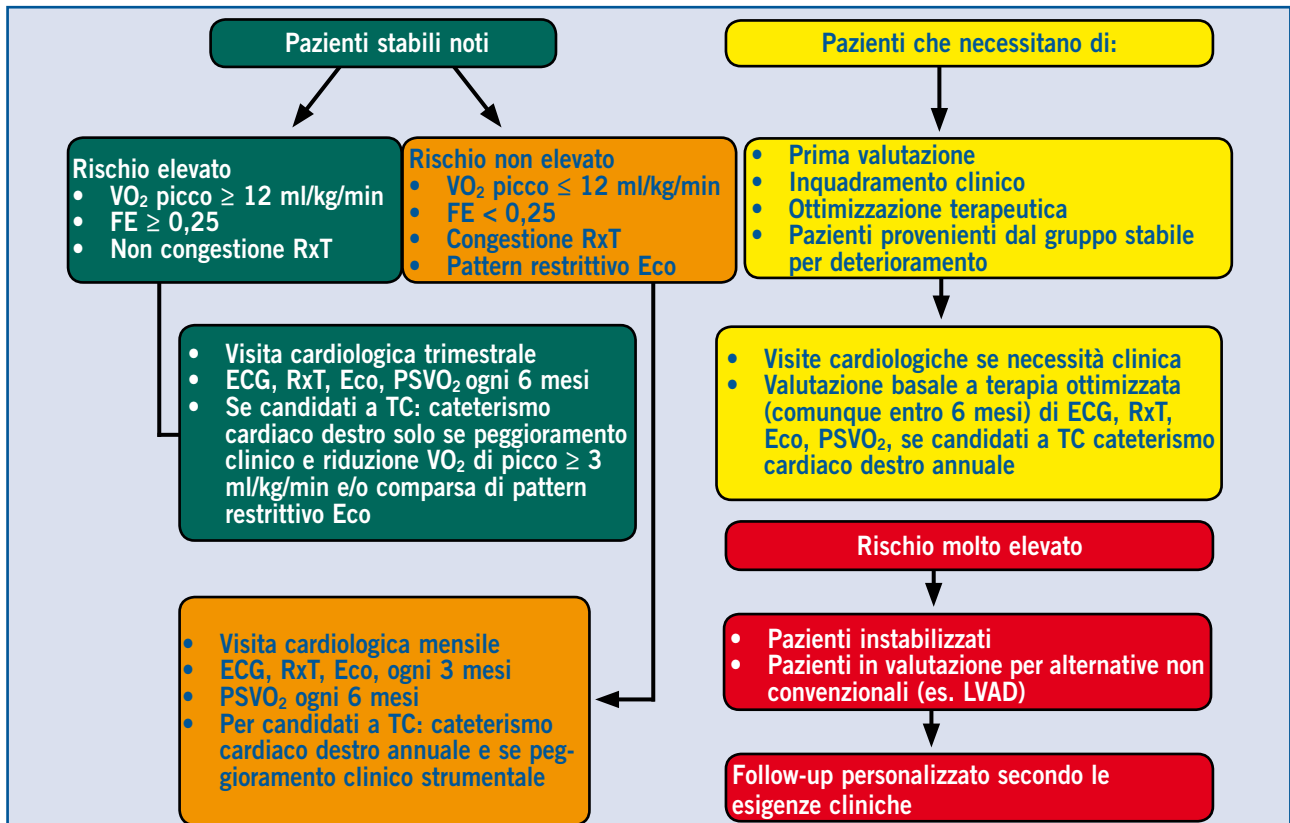
dei professionisti coinvolti: un esempio è costituito dalla necessità di aumentare in modo consistente l'esecuzione di ecocardiogrammi in pazienti che mai l'hanno eseguito e, contemporaneamente, evitare la ripetizione non utile in altri soggetti. Analogamente manca un'indicazione sulla distribuzione delle differenti tipologie di strutture ospedaliere e degli ambulatori dedicati allo scompenso in relazione alle necessità del territorio (densità abitativa, strutture sanitarie disponibili, ecc). Anche per quanto riguarda la gestione dell'anziano fragile vi è forse una sovravalutazione della disponibilità delle strutture di secondo livello e della generalizzabilità del modello proposto. Si tratta però, a nostro avviso, di pecche "minori", che non inficiano il significato complessivo del documento e che verranno superate con l'esperienza maturata nell'applicare sul campo, nei prossimi anni, quanto proposto ora sulla carta.

### CONCLUSIONI

Per la prima volta in Italia tutte le componenti professionali interessate alla cura dello scompenso si sono confrontate ed hanno realizzato un documento condiviso. Sia pur con alcuni limiti ed inevitabili compromessi, è disponibile una base comune su cui costruire quella gestione integrata dello scompenso ritenuta da tutti elemento indispensabile per assicurare ai nostri pazienti la qualità di cure necessaria per metterli in condizioni di vivere meglio e più a lungo.

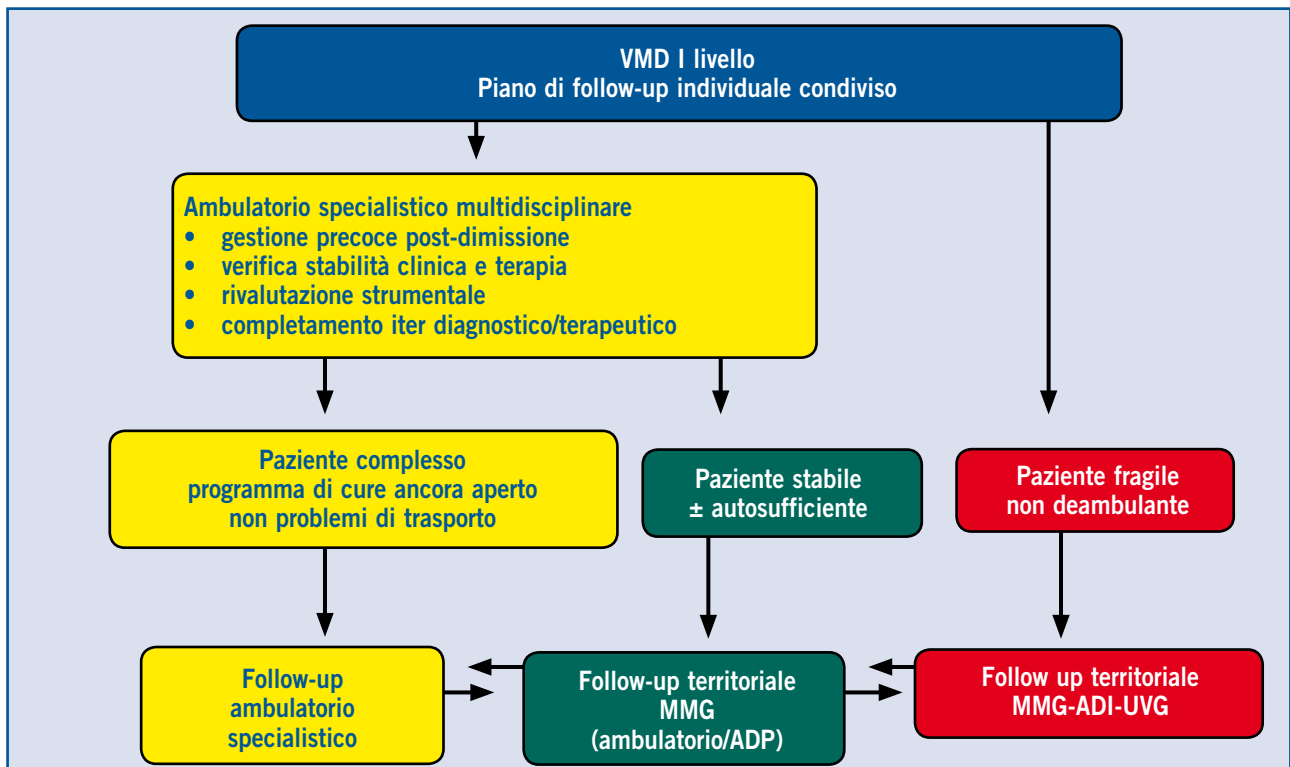






$VO_2$  = Capacità massima di ossigeno; FE = Frazione di eiezione; ECG = Elettrocardiogramma; RxT = Radiografia del torace; Eco = Ecocardiogramma;  $PSVO_2$  = Peripheral venous oxygen saturation; TC = Trapianto cardiaco ; LVAD = Left Ventricular Assist Device.

Flow-chart 18. Piano di follow-up del paziente con scompenso cardiaco avanzato.



MMG = Medico di Medicina Generale; ADP = Assistenza Domiciliare Programmata; ADI = Assistenza Domiciliare Integrata; UVG = Unità Valutativa Geriatrica; VMD = Valutazione Multidimensionale.

Flow-chart 20. Piano di follow-up del paziente anziano con scompenso cardiaco.