

Il PDTA del paziente con scompenso cardiaco nel territorio.

Andrea Di Lenarda



Il Percorso Integrato di cura del paziente affetto da SC garantisce le specifiche attività nei diversi setting assistenziali, schematicamente suddivisi in:

1. setting della prevenzione
2. setting della cronicità oligosintomatica
3. setting dell'acuzie
4. setting dello SC avanzato terminale
5. setting della palliazione

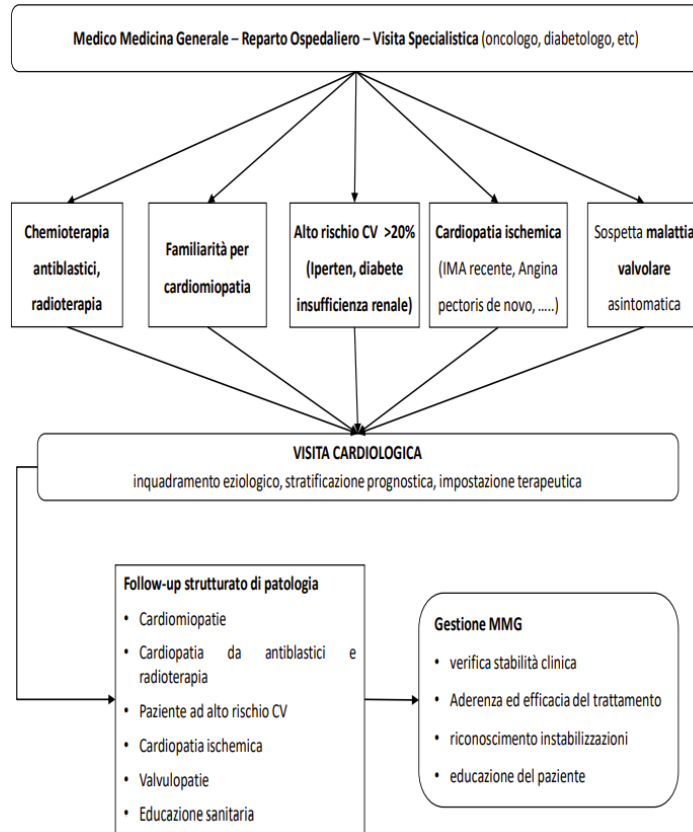
Percorsi di cura (per stadio/fase di malattia)

STADIO	CONDIZIONI CLINICHE	OBIETTIVI DI CURA	PROFESSIONISTA RESPONSABILE	STADIO	CONDIZIONI CLINICHE	OBIETTIVI DI CURA	PROFESSIONISTA RESPONSABILE
<p>Stadio A</p> <p>Alto rischio di sviluppare uno scompenso</p> <p>Assenza di cardiopatia evidenziabile</p> <p>Assenza di segni o sintomi di scompenso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fumo - ipertensione arteriosa - diabete mellito - dislipidemie - obesità - sindrome metabolica - malattia coronarica - ipo-ipertiroidismo - esposizione a sostanze potenzialmente cardiотossiche (chemioterapici, alcool, droghe) - storia di febbre reumatica - storia familiare di cardiomiopatia - rischio cardiovascolare totale > 20% (progetto CUORE) o 10% a 10 anni (progetto SCORE) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta adeguata - Trattamento dell'ipertensione - Cessazione del fumo - Trattamento della dislipidemia - Promozione dell'esercizio fisico regolare - Abolizione del consumo di alcool e droghe - Controllo della sindrome metabolica - Monitoraggio ECG-ecocardiogramma secondo protocolli specifici 	<ul style="list-style-type: none"> - MMG - Internista - Diabetologo - Nutrizionista - Oncologo - Endocrinologo - Cardiologo - Medici Distretto - Infermieri Distretto - Sanitari del Dipartimento di Prevenzione 	<p>Stadio C</p> <p>Presenza di cardiopatia strutturale</p> <p>Scompenso in atto o scompenso pregresso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - scarsa tolleranza allo sforzo con presenza di dispnea o astenia - pazienti asintomatici precedentemente trattati per scompenso 	<ul style="list-style-type: none"> - Stessi obiettivi degli stadi A e B - Riduzione del consumo di sale - Terapia dello scompenso - Terapia avanzata farmacologica ed elettrica dello scompenso (Sacubitril/Valsartan, Impianto di ICD, CRT-P/D) - Riabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiologo - MMG - Internista - Specialisti di branche internistiche - Nutrizionista - Medici Distretto - Infermieri Distretto e Continuità - Fisiatra / Fisioterapista - Palliativista
<p>Stadio B</p> <p>Presenza di cardiopatia strutturale</p> <p>Assenza di segni o sintomi di scompenso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ipertrofia ventricolare sinistra - dilatazione e/o disfunzione sistolica del ventricolo sinistro - malattia valvolare asintomatica - pregresso infarto miocardico 	<ul style="list-style-type: none"> - Stessi obiettivi dello stadio A - Terapia farmacologica della cardiopatia strutturale - Terapia non farmacologica rivascularizzazione, ICD, correzione valvulopatie 	<ul style="list-style-type: none"> - MMG - Cardiologo - Internista - Diabetologo - Nefrologo - Nutrizionista - Medici Distretto - Infermieri Distretto 	<p>Stadio D</p> <p>Cardiopatia in fase avanzata</p> <p>Sintomi severi nonostante terapia ottimizzata e massimale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pazienti con ripetuti ricoveri per scompenso e che non si presentano stabili alla dimissione - pazienti in lista trapianto - pazienti che necessitano di supporto inotropo ev o di assistenza meccanica - pazienti in fase terminale 	<ul style="list-style-type: none"> - Azioni appropriate (Stadi A, B, C) - Decisione rispetto al livello assistenziale appropriato, i.e. inotropi, trapianto cardiaco, assistenza ventricolare, Hospice, assistenza fine vita 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiologo - Cardiocirurgo - MMG - Internista - Specialisti di branche internistiche - Nutrizionista - Medici Distretto - Infermieri Distretto/Cont. - Palliativista



Flow-chart 1. Setting della prevenzione

Percorsi di cura (per stadio/fase di malattia)



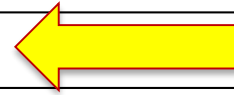
- Case manager prevalente
- Attività
- Criteri di stabilità/progressione di malattia
- Timing e tipologia del follow-up
- Criteri di invio a visita specialistica
- Criteri invio PS/Ospedale

Tabella 5. Attività previste in un *setting* di prevenzione



Attività
<p>Valutazione e correzione fattori di rischio cardiovascolare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ipertensione arteriosa - Diabete mellito - Dislipidemie - Obesità - Sindrome metabolica - Insufficienza renale cronica - Fumo
<p>Screening in familiari di cardiomiopatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - ECG, ecocardiogramma, visita cardiologica
<p>Diagnosi e trattamento delle patologie sistemiche che possono essere causa di SC</p> <ul style="list-style-type: none"> - patologie tiroidee - feocromocitoma - patologie infiltrative
<p>Monitoraggio in corso di trattamenti cardiotossici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antracicline - Anticorpi monoclonali - 5-Fluorouracile e derivati - Inibitori di tirosinkinasi - Radioterapia toracica <p>Eseguire ECG, visita cardiologica, Ecocardiogramma in base al chemioterapico utilizzato e con timing definito dai protocolli cardi oncologici</p>
<p>Monitoraggio peripartum</p>
<p>Diagnosi e terapia delle cardiopatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ischemica - Valvolare - Aritmica - Del pericardio

Cardiologo



M. di M. Generale

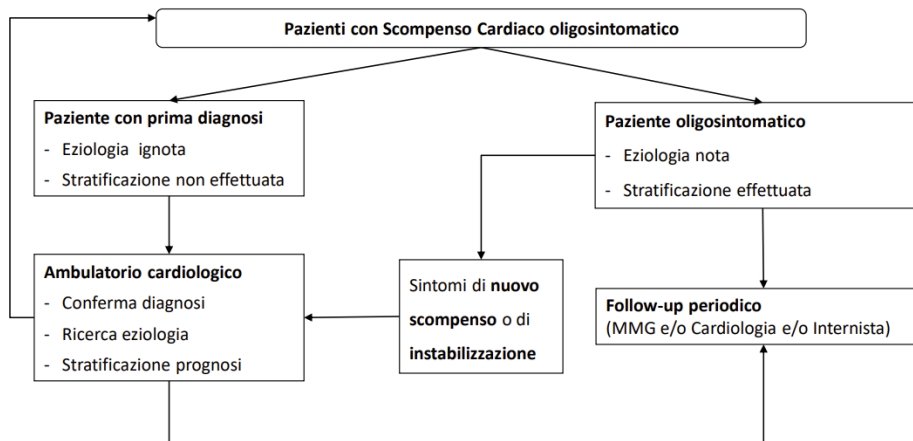


Percorsi di cura (per stadio/fase di malattia)

Setting della Cronicità stabile oligosintomatica

Il paziente con una sintomatologia suggestiva di SC in fase iniziale o con scompenso cardiaco in fase di paucisintomaticità, si rivolge al proprio MMG, che, valutatolo clinicamente, potrà avvalersi del supporto dello specialista cardiologo ambulatoriale.

Flow-chart 2. Setting della Cronicità Oligosintomatica



- Case manager prevalente
- Attività
- Criteri di stabilità
- Timing e tipologia del follow-up
- Criteri di invio a visita specialistica
- Criteri invio PS/Ospedale



Specialista Cardiologo (nei diversi setting di cura)

Intercetta i pazienti con SC provenienti dal MMG, dal PS, dai Reparti ospedalieri o dimessi dopo episodio di acuzie.

- conferma o esclude la diagnosi di SC
- per i casi di nuova insorgenza avvia il percorso che porta alla diagnosi eziologica
- programma tutto il percorso necessario per la diagnosi, stratificazione prognostica, terapia, indicazioni ad approfondimento invasivo o non invasivo fino alla cardiocirurgia o procedure interventistiche
- per le recidive, riconsidera la diagnosi eziologica e la presenza di eventuali fattori aggravanti
- imposta e/o aggiorna lo schema terapeutico - effettua, insieme all'infermiere counselling al paziente e/o al caregiver (sia nel setting ambulatoriale che pre-dimissione)
- nelle varie fasi del percorso e al momento conclusivo viene fornita relazione al paziente ed al MMG mediante referto informatizzato, firmato elettronicamente e conservato nel visualizzatore referti regionale PDTA del paziente con scompenso cardiaco
- imposta un percorso multi-professionale strutturato di follow-up
- attiva il Distretto per la continuità assistenziale

Contenuti standard del referto di Visita cardiologica ambulatoriale

Generalità del paziente

Data di esecuzione della prestazione

Valutazione del paziente

Sintetica descrizione del problema esposto e dei dati clinici salienti

Conclusioni diagnostiche di certezza o di sospetto

Accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi consigliati

Data del successivo controllo

Firma digitale e archiviazione nel repository aziendale

Setting della cronicità oligosintomatica. Timing del Follow-up ambulatoriale

	INDAGINE DA ESEGUIRE	OGNI 3-4 MESI	OGNI 6 MESI	OGNI 1-2 ANNI	Professionista
SOSPETTO SCOMPENSO CARDIACO	Valutazione clinica			*	MMG
	Parametri clinici (PA – FC- Peso corporeo)			*	MMG Infermiere del Distretto
	Inquadramento cardiologico (clinico + strumentale)	All'ingresso del percorso per determinare prognosi e percorso			Cardiologo

Setting della cronicità oligosintomatica. Timing del Follow-up ambulatoriale

SC CONFERMATO STABILE (NYHA 1-2)	Valutazione clinica		*		MMG
	Parametri clinici (PA – FC- Peso corporeo)		*		MMG Infermiere del Distretto
	Valutazione clinica cardiologica			* o se nuova instabilità	Cardiologo
	ECG a riposo			*	Cardiologo
	Ecocardiogramma (in base alla cardiopatia sottostante) ^{15,16}			* - o se modifiche cliniche o ECG -o per valutare indicazioni e/o risposta a terapia medica e device	Cardiologo
	Esami bioumorali: Emocromo-Azotemia- Creatinina-Na-K-Glicemia- AST-ALT- BNP o NT proBNP (obbligatorio in pazienti in				Annuale
	trattamento con ARNI), albumina, bilancio marziale, esame urine				
	Colesterolo totale e HDL- Trigliceridi (se cardiopatia ischemia o diabete)			*	MMG



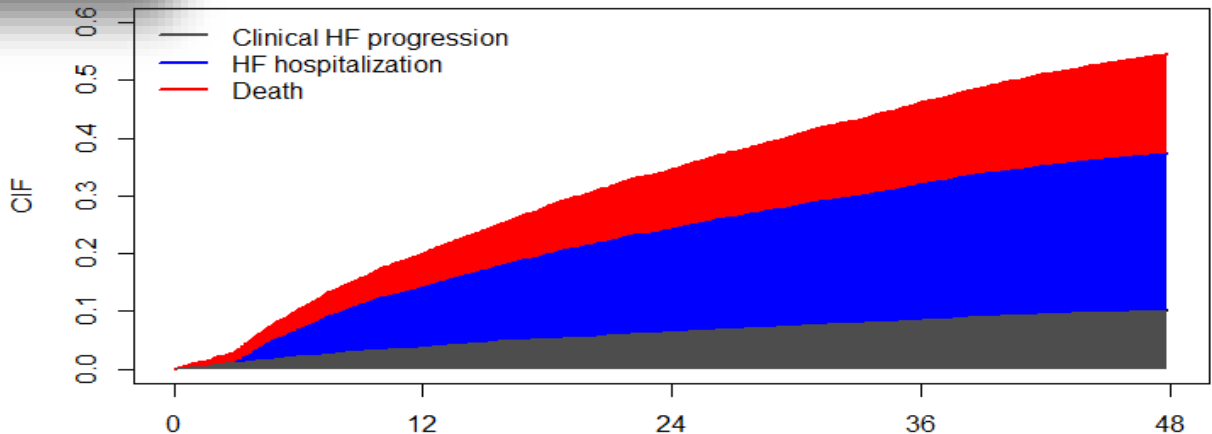
Setting della cronicità oligosintomatica. Timing del Follow-up ambulatoriale

<p>SC CONFERMATO STABILE (NYHA 3-4 AMBULATORIALE)</p>	Valutazione clinica	*			MMG
	Parametri clinici (PA – FC- Peso corporeo)	*			MMG Infermiere del Distretto
	Valutazione clinica cardiologica		*		Cardiologo
	ECG a riposo		*		Cardiologo
	Ecocardiogramma			<p>Annuale - o se modifiche cliniche o ECG -o per valutare indicazioni e/o risposta a terapia medica e/o ICD/VAD/TCO -o per ottimizzazione del device e/o sospette complicazioni device</p>	Cardiologo
	Esami biumorali (Emocromo-Azotemia- Creatinina-Na-K-Glicemia- AST-ALT- BNP o NT pro-BNP (obbligatorio in pazienti in trattamento con ARNI), albumina, bilancio marziale, esame urine)		*		MMG
Colesterolo totale e HDL- Trigliceridi, se cardiopatia ischemia o diabete			*	MMG	

HF & Disease progression Cardiovascular Observatory of Trieste

HF progression among outpatients with HF in a community setting☆

Annamaria Iorio ^{a,b}, Federico Rea ^{c,d,*}, Giulia Barbati ^{e,c}, Arjuna Scagnetto ^e, Elena Peruzzi ^f, Agnese Garavaglia ^f, Giovanni Corrao ^{c,d}, Gianfranco Sinagra ^b, Andrea Di Lenarda ^g



Clinical HF progression increased 3 percentage-year*

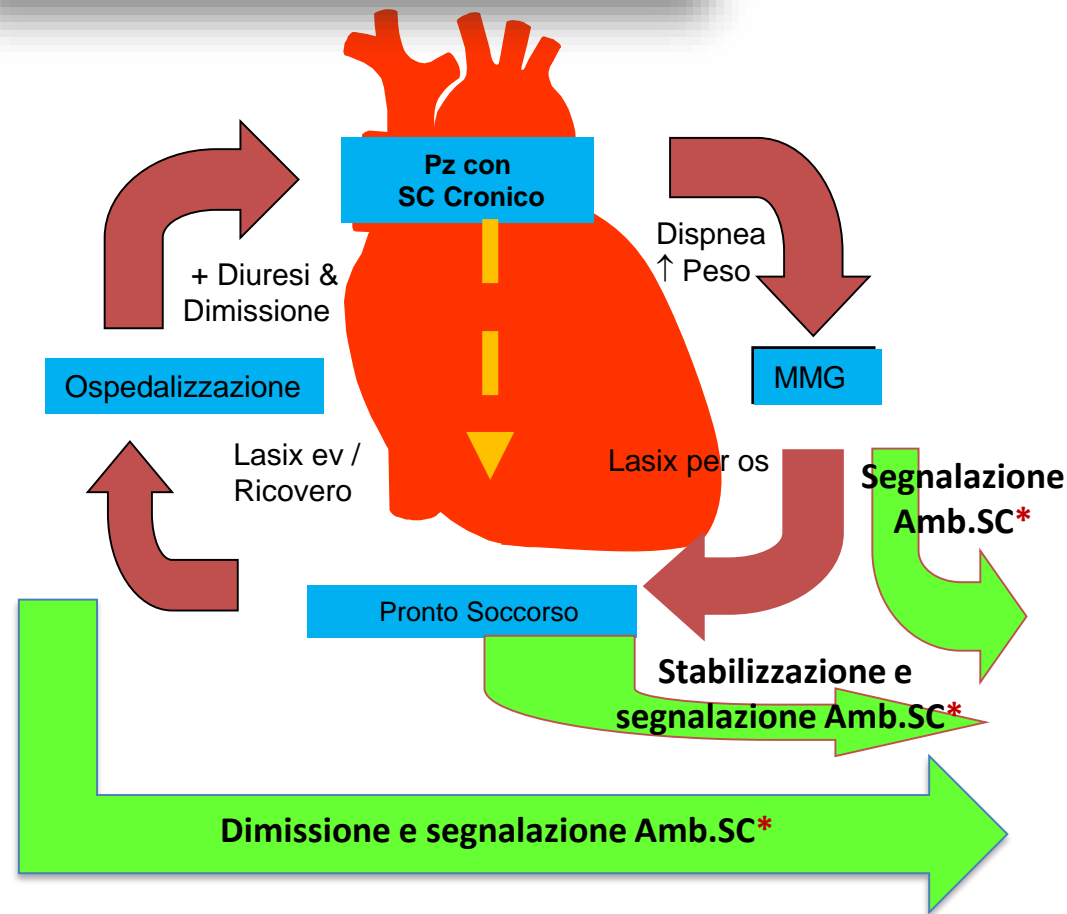
***Clinical HF progression:**

At least of two following criteria:

- ≥ 1 increase in NYHA class
- ≥ 10 points decrease in LVEF
- ≥ 50% increase in furosemide dosage or new combination of diuretics

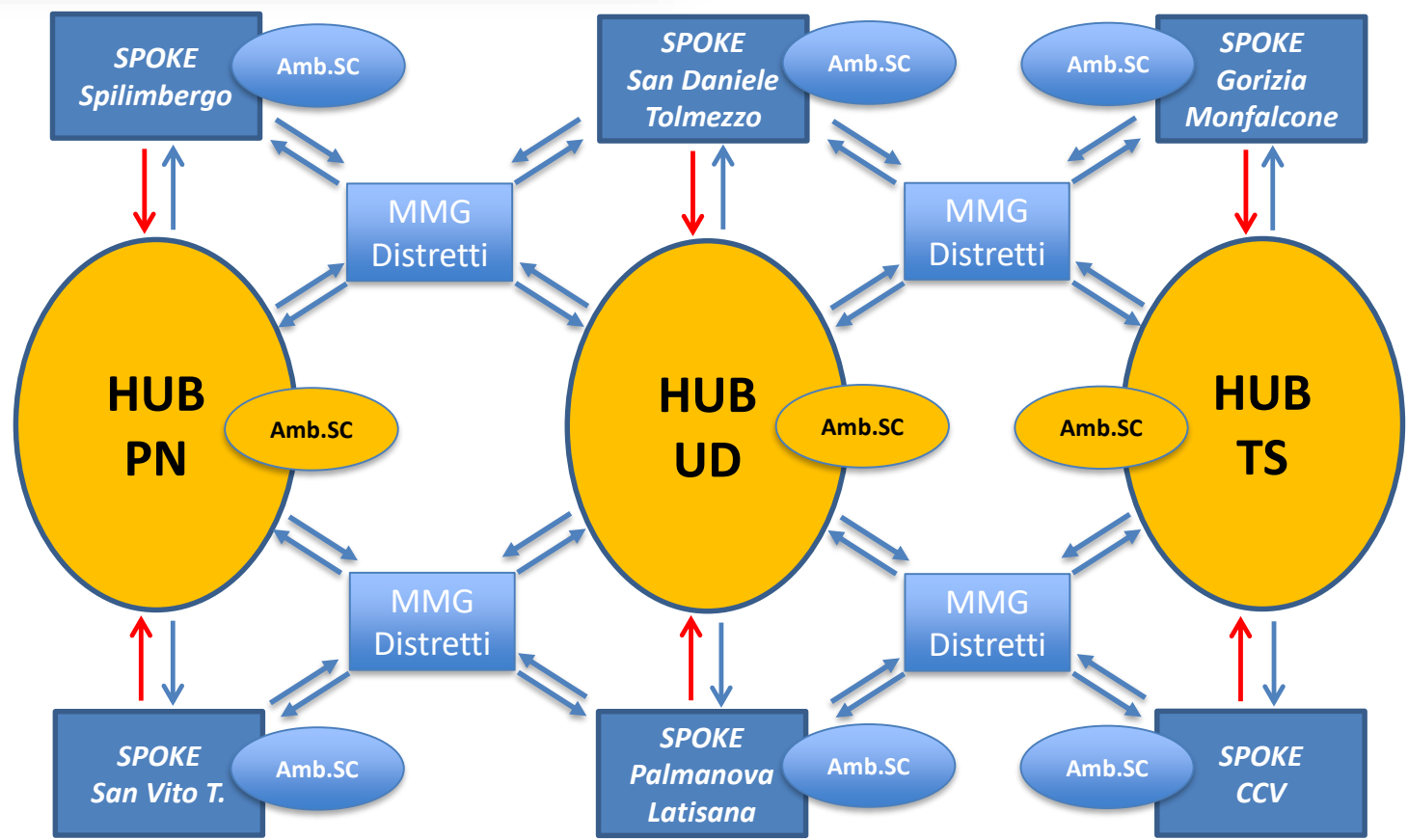
**Age 75, Men 60%,
 Ischemic etiology 46%
 HFrEF 45%,
 Previous HHF 37%**

“Il circolo vizioso” del trattamento dello SC avanzato/instabile



- Ambulatorio Scompenso *
- Ambulatorio del Cpt Cronico *
- Ambulatorio Cardiologico (con funzioni organizzative di presa in carico)

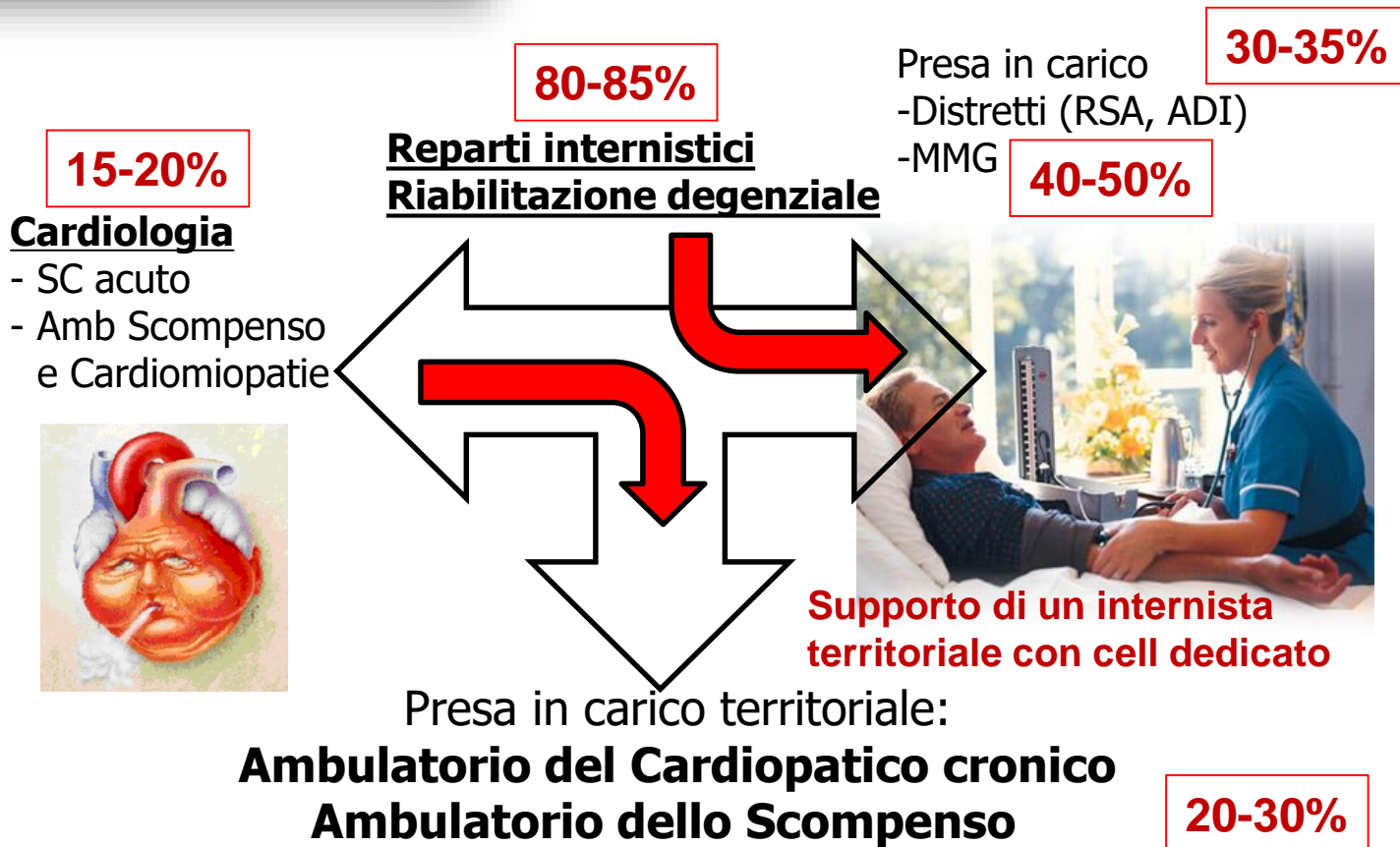
Un sistema in difficile equilibrio



→
**Coronarografia,
Emodinamica
Genetica,
Biopsia EM,
Device, VAD,
TCO, ecc**

←
**Presa in carico
specialistica/
reinvio MMG,
Valutazione
strumentale**

Il percorso Ospedale-Territorio dello SC (entro 30 giorni dalla dimissione)





Presenza in carico dalla Cardiologia ambulatoriale

I pazienti con SCC che hanno avviato/concluso l'iter diagnostico-terapeutico ospedaliero sono segnalati alla Cardiologia ambulatoriale/Ambulatorio Scompenso territoriale e presi in carico preferibilmente dal Cardiologo referente che già li aveva in cura (se già noti alla struttura) con la tempistica di controllo decisa dal Medico del reparto e indicata nella lettera di dimissione.

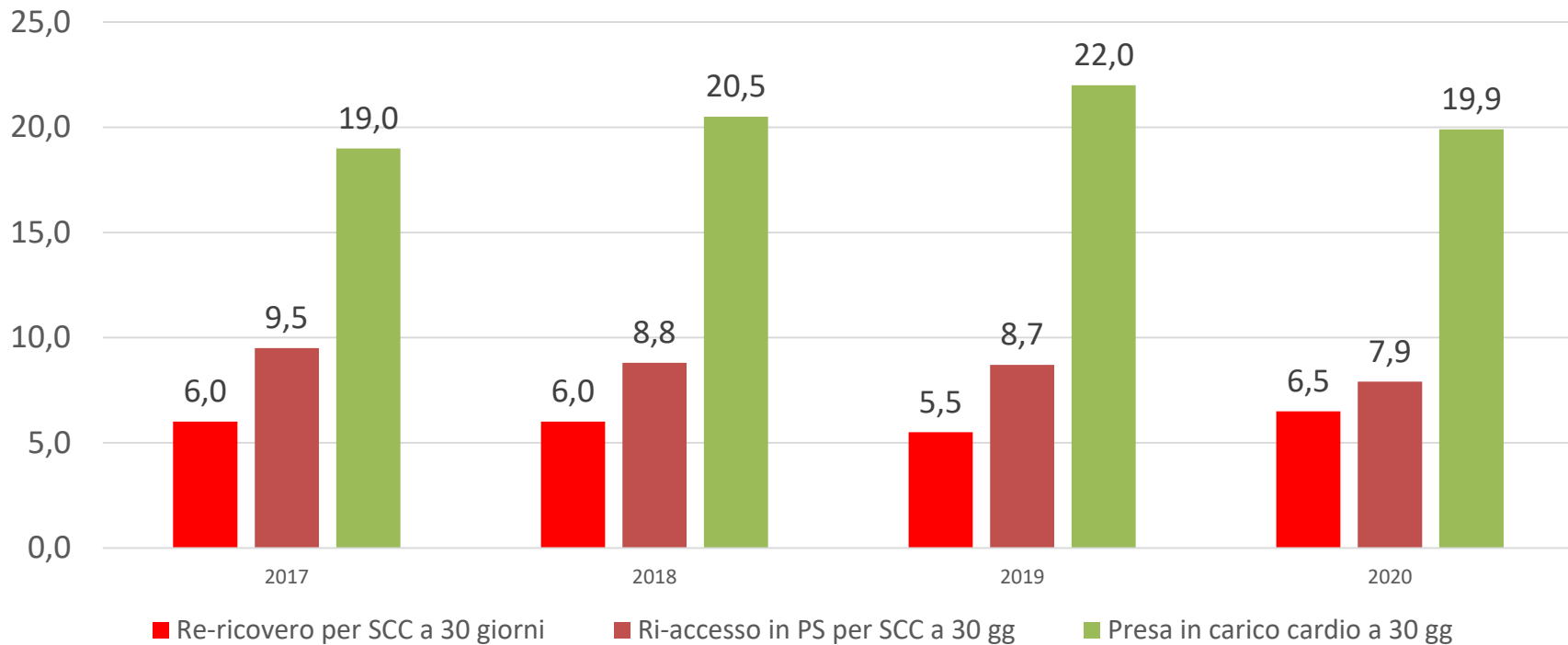
Criteri relativi al paziente per la presa in carico precoce (contatto telefonico infermieristico, auspicabilmente entro 7-10 giorni e controllo cardiologico entro 30 giorni dalla dimissione):

1. ≥ 2 ricoveri ospedalieri per scompenso negli ultimi 24 mesi;
2. disfunzione ventricolare sinistra moderata o severa (FE $< 40\%$)
3. BNP alla dimissione ≥ 500 pg/ml o NTproBNP ≥ 2000 pg/ml

Costituiranno indicazioni a supporto della presa in carico:

- presenza di multimorbidità (IRC con GFR < 60 ml/min, DM, BPCO, ...)
- presenza di aritmie ventricolari o sopraventricolari complesse e/o sintomatiche
- tendenza all'instabilità con necessità di frequente aggiustamento terapeutico
- l'indicazione ad un intervento educativo infermieristico per autocura/automonitoraggio.

Eventi a 30 giorni post ricovero per SC





Indicatori

- Numero di pazienti presi in carico entro 30 giorni post-dimissione su numero di pazienti dimessi con 1a diagnosi di scompenso acuto
 - Obiettivo tra 30 e 50% in tutte le aziende