

Il PDTA del paziente con scompenso cardiaco in dimissione e presa in carico territoriale

DOTT. TOFFOLO MASSIMO MMG MANIAGO (PN)
VICEPRESIDENTE SIMG FVG



MODELLO CLINICO-ASSISTENZIALE DI RIFERIMENTO

OBIETTIVI GENERALI PER IL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

Il modello di cura per il paziente con SC si basa sulla **rete** integrata *multidisciplinare e multiprofessionale* costituita da strutture sia territoriali che ospedaliere, dedicate alla presa in carico del paziente, i cui professionisti operano sulla base del PDTA.

ORGANIZZAZIONE SANITARIA REGIONALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

STRUTTURE E PROFESSIONISTI

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- Contribuisce, insieme agli specialisti, al percorso di follow-up del paziente con SC cronico oligosintomatico a rischio medio ed elevato (setting cronicità)
- Si avvale del Distretto nella gestione del paziente con SC in tutti i setting assistenziali
- Gestisce a domicilio, in collaborazione con lo specialista e l'ADI, i pazienti con SC avanzato terminale

Le attività di cui sopra possono essere garantite nelle diverse articolazioni organizzative della Medicina Generale (Centri di Assistenza Primaria, Medicina di Gruppo Integrata, Aggregazioni Funzionali Territori)

IL DISTRETTO

CRITERI DI ATTIVAZIONE DEL DISTRETTO

- SCC grave/avanzato
- SCC non grave non avanzato e complicato da numerose comorbidità
- SCC non grave non avanzato, ma ad elevato rischio di aggravamento/re-ospedalizzazione per compromissione del contesto socio-assistenziale

IL DISTRETTO

MODALITA' DI ATTIVAZIONE DEL DISTRETTO

Pazienti ospedalizzati GIÀ in carico al Distretto

il case manager compila la scheda di continuità assistenziale che accompagna il paziente al momento di un ricovero programmato; in caso di ricovero non programmato, entro 24 ore da quando viene a conoscenza del ricovero, informa l'infermiere distrettuale di continuità del proprio distretto e trasmette la scheda di continuità assistenziale

Pazienti ospedalizzati NON in carico al Distretto

il case manager del reparto, o suo delegato, entro 72 ore dal ricovero (o comunque nella condizione di migliore stabilità clinica possibile) compila la scheda di continuità assistenziale e la invia al Distretto di appartenenza del paziente, via e-mail o via fax. L'infermiere distrettuale di continuità, entro 72 ore dal ricevimento della segnalazione, valuta la segnalazione e programma la dimissione protetta

IL DISTRETTO

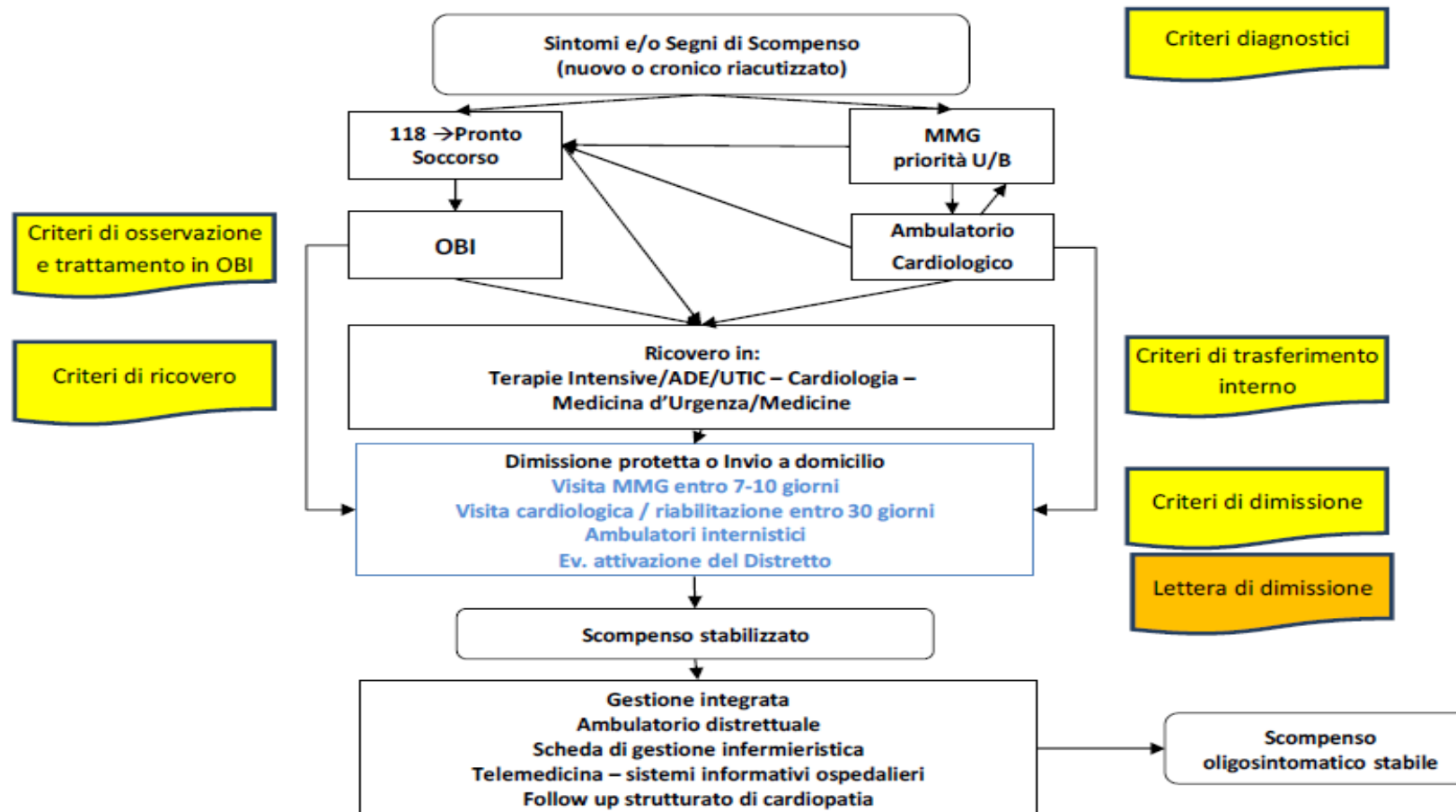
MODALITA' DI *PRESA IN CARICO* DEL DISTRETTO

- anamnesi e presa visione dei dati clinici e socio-assistenziali
- notifica al MMG dell'avvenuta segnalazione al Distretto
- assieme al MMG, stesura del PAI (Piano assistenziale individuale), condiviso con il paziente e gli altri professionisti interessati
- educazione sanitaria specifica per la patologia dello SC e più ampia sul contesto di vita e della famiglia**
- rilevazione dei parametri clinici e verifica dell'aderenza terapeutica

SPECIALISTA INTERNISTA E CARDIOLOGO

- 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
- imposta un percorso multi-professionale strutturato di follow-up
- attiva il Distretto per la continuità assistenziale

SCHEMA PAZIENTE OSPEDALIZZATO PER SCOMPENSO CARDIACO



DIMISSIONE

La dimissione del paziente con SC avviene in presenza del raggiungimento di un grado di **COMPENSO** clinico, bioumorale e strumentale stabile e di un percorso diagnostico eziologico concluso o impostato.

La **LETTERA DI DIMISSIONE** è lo strumento che contiene gli elementi diagnostici e prognostici conseguiti, l'impostazione ed il programma terapeutico e, soprattutto, indica il percorso di presa in carico e continuità assistenziale

DIMISSIONE A DOMICILIO: CRITERI DI STABILITA' CLINICA

- Assenza di sintomi di congestione
- Assenza di angina pectoris o comunque stabilità della soglia ischemica
- Assenza di peggioramento della dispnea, dell'affaticamento o delle palpitazioni durante sforzo fisico
- Assenza di aritmie maggiori sintomatiche
- Esame obiettivo invariato rispetto al precedente controllo
- Bilancio idrico stabile (sodiemia > 134 mEq/l, variazioni di peso corporeo inferiori a 3 kg rispetto al controllo)
- BNP <500 pg/ml o NT proBNP <2000 pg/ml o comunque non superiore del 50% rispetto al valore di peptidi natriuretici misurati in condizioni di stabilità
- Pressione arteriosa stabile e comunque PAS > 90 mmHg e < 200 mmHg
- Funzione renale stabile (creatininemia e azotemia invariate rispetto al precedente controllo)
- Risoluzione o stabilizzazione di ogni causa reversibile di co-morbidità
- Adeguatezza del supporto sociale, dell'educazione del paziente e del programma di assistenza
- Buona tolleranza al farmaco e completa adesione al trattamento

LETTERA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: CONTENUTI STANDARD

Dati anagrafici e nosografici

Motivo del ricovero

Stato clinico al momento del ricovero e in dimissione con peso corporeo

Esami strumentali e consulenze eseguite (incluso ma non limitato alla FEVS)

Esami bioumorali rilevanti eseguiti con indicazione di BNP/NTproBNP, funzionalità renale, ionemia, emocromo

Conclusioni diagnostiche

- Tipo di scompenso e eziologia
- Prognosi e capacità funzionale
- Presenza di fattori di ostacolo alla compliance o favorirenti la riacutizzazione (cognitivo e socio ambientali)

Consigli igienico-dietetico-comportamentali

Terapia consigliata in dimissione e indicazione alla titolazione/modulazione

Eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici da eseguire in prosecuzione di ricovero (entro 21 giorni dalla dimissione) o ambulatorialmente

Eventuali programmi riabilitativi consigliati

Programma di continuità assistenziale personalizzato:

- ✓ Riferimenti (nome e telefono del case manager ospedaliero) per confronti clinici e organizzativi
- ✓ Appuntamento presso l'Ambulatorio specialistico cardiologico
- ✓ Indicazione di ripresa in carico dal MMG e/o dal SID
- ✓ trasferimento protetto in RSA

Firma digitale e archiviazione nel repository aziendale

CRITERI PER LA PRESA IN CARICO PRECOCE

Di seguito sono elencati i criteri relativi al paziente per la **presa in carico precoce**, mediante *contatto telefonico infermieristico* (auspicabilmente entro 7-10 giorni) e *controllo cardiologico ravvicinato* (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:

- la presenza di multimorbidity (ed in particolare una IRC con GFR <60 ml/min),
- la presenza di aritmie ventricolari o sopraventricolari complesse e/o sintomatiche
- la tendenza all'instabilità con necessità di frequente aggiustamento terapeutico
- l'indicazione ad un intervento educativo infermieristico focalizzato all'autocura ed automonitoraggio

SCOMPENSO CARDIACO OSPEDALE/TERRITORIO

PUNTI FONDAMENTALI DEL PASSAGGIO DEL PAZIENTE TRA OSPEDALE E TERRITORIO:

1. Lettera di dimissione
2. Valutazione complessità del paziente scompensato e degli indici di stabilità del paziente stesso
3. Percorsi differenziati sulla base della complessità del paziente
4. Caratteristiche ambulatorio scompenso

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE PRIMA DELLA DIMISSIONE

PAZIENTE AD
ALTA
COMPLESSITA'

PAZIENTE A
MEDIA
COMPLESSITA'

PAZIENTE A
BASSA
COMPLESSITA'

Patologia	Obiettivo primario	Strumenti	Valore aggiunto dello specialista	Prestazione
Scompenso cardiaco				
SC cronico in paziente anziano (>75 anni) con multiple comorbilità non cardiache (>3 Charlson)/ fragilità di grado medio-alto	Aderenza alla tp (gestione del diuretico in base a peso/sintomi-segni di congestione) Gestione della multicomorbilità	Valutazione clinica Esami ematochimici	-/+	Follow-up presso il MMG con integrazione del sostegno specialistico *Eventuale controllo se in stabilizzazione clinica
SC primo episodio in paziente con identificata patologia cardiaca reversibile	Aderenza alla tp Sorveglianza clinica	Valutazione clinica Esami ematochimici ECG	-/+	Controlli (2 anni) a meno di instabilizzazione clinica Follow-up presso MMG per forme a completa guarigione
SC con disfunzione ventricolare sinistra moderato-severa di natura ischemica/non ischemica	Aderenza alla tp Sorveglianza clinica (controllo peso, PA, FC) periodica	Valutazione clinica Esami di laboratorio/strumentali	+	Controlli periodici 6-18 mesi a seconda del grado di stabilità
SC in giovane paziente affetto da CMPD	Aderenza alla tp Sorveglianza clinica (controllo peso, PA, FC) Identificazione di fattori prognostici avversi (ev. valutazione a tp non farmacologiche avanzate) Screening familiare	Valutazione clinica Esami di laboratorio/strumentali	+	Controlli periodici 6-12 mesi presso centri di riferimento
SC in giovane paziente con altre forme di cardiomiopatia	Aderenza alla tp Sorveglianza clinica (controllo peso, PA, FC) Identificazione di fattori prognostici avversi (ev. valutazione a tp non farmacologiche avanzate) Screening familiare	Valutazione clinica Esami di laboratorio/strumentali	+	Controlli periodici 6-12 mesi presso centri di riferimento

CAD, cardiopatia ischemica; CMPD, cardiomiopatia dilatativa; CV, cardiovascolare; DAPT, duplice terapia antiaggregante; ECG, elettrocardiogramma; ECO, ecocardiogramma; FA, fibrillazione atriale; FC, frequenza cardiaca; FR, fattori di rischio; INR, international normalized ratio; IPA, ipertensione arteriosa; IVS, ipertrofia ventricolare sinistra; MMG, medico di medicina generale; NAO, nuovi anticoagulanti orali; PA, pressione arteriosa; PCI, angioplastica coronarica; SC, scompenso cardiaco; SCA, sindrome coronarica acuta; TAO, terapia anticoagulante orale; tp, terapia.
+, valore aggiunto della prestazione specialistica; +/- dubbio valore aggiunto della prestazione specialistica; -, nessun valore aggiunto della prestazione specialistica.

Non essere utile una valutazione specialistica laddove non siano raggiunti gli obiettivi primari

AZIONI ALLA DIMISSIONE PAZIENTE A BASSA COMPLESSITA'

RELAZIONE CLINICA CON:

- Obiettivi clinici e terapeutici
- Proposta sulla tempistica di controlli clinici e strumentali
- Numero telefonico/mail dedicati per confronti clinici ed organizzativi

PAZIENTE STABILE A BASSA COMPLESSITA'

OSPEDALE - TERRITORIO

- Dopo adeguata valutazione clinica (definizione dell'eziopatogenesi, classe funzionale NYHA, precisazione dello stadio di malattia con, se fattibile, il valore basale-dry BNP o NT-proBNP)
- In condizioni di stabilità clinica (peso corporeo, farmaci e posologia, sintomi, controllo PA e FC, comorbidità) da almeno da 72 ore
- Autonomo o almeno adeguatamente valutato sulle autonomia delle sue attività quotidiane
- Correttamente informato (sia il paziente che il care-giver) sul monitoraggio del peso, sull'introito di liquidi e alimentazione, sui farmaci (dosaggio, effetti collaterali e aderenza) sul livello di attività fisica eseguibile in sicurezza, sul riconoscimento dei sintomi di allarme → inviato al MMG

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI DA INVIARE AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

1. Assenza di ricoveri ripetuti per scompenso cardiaco
2. Lievi comorbidità
3. Lieve disfunzione ventricolare sinistra
4. BNP <250 pg/ml o proBNP <1000 pg/ml
5. Normale natriemia
6. Valvulopatia di grado lieve
7. GRACE score all'ingresso <88
8. Malattia coronarica non estesa, completamente corretta per via percutanea
9. Rivascolarizzazione chirurgica senza complicanze dopo primo ciclo di riabilitazione
10. Terapia antiaggregante non associata a terapia anticoagulante
11. Prevalenza di disabilità rispetto alla gravità della patologia cardiaca

BNP, peptide natriuretico cerebrale.

- a) **paziente stabile in classe funzionale NYHA I-II: il follow-up, possibilmente programmato,**
- b) **da parte del MMG andrà eseguito ogni 3-6 mesi;**
- c) **tale valutazione dovrebbe comprendere:**

- la verifica della stabilità clinica: anamnesi, esame obiettivo, PA, FC, frequenza respiratoria, peso corporeo;

•la verifica della ottimizzazione della terapia e dei dosaggi, della aderenza alla terapia, delle interazioni con altri farmaci e dello stile di vita;

•il rinforzo di aspetti educativi

È buona pratica clinica **monitorare periodicamente gli esami bioumorali** (funzione renale, elettroliti e assetto metabolico) con una cadenza personalizzata, ma comunque almeno due volte all'anno. **Non si ritiene indicata l'esecuzione di un RX torace, di un ECG e/o di BNP/NT-pro BNP in assenza di novità cliniche significative. Non si ritiene indicata l'esecuzione di un ECO nel follow-up a breve medio-termine, salvo indicazioni diverse da parte dello specialista.**

AZIONI ALLA DIMISSIONE PAZIENTE A MEDIA COMPLESSITA'

- Contatto MO e MMG
- Obiettivi clinici e terapeutici
- Controlli specialistici e strumentali già programmati
- Numero telefonico e/o mail dedicati per confronti clinici ed organizzativi
- Segnalazione Distretto

PAZIENTI AD ALTA COMPLESSITA'

- Severo scompenso cardiaco sistolico
- 1 o più ricoveri per scompenso cardiaco acuto
- Alto indice di comorbidità

(Charlson's Comorbidity Score = 3)

AZIONI ALLA DIMISSIONE PAZIENTE AD ALTA COMPLESSITA'

- Prima della dimissione organizzare un UVD/UVO con ADI, MMG e Distretto
- Programma definito con:
 - Obiettivi clinici
 - Programmazione strutturata dei controlli specialistici
 - Organizzazione lavoro ADI/MMG
 - Numero telefonico/mail dedicati per confronti clinici e organizzativi