

Il setting di cura e gli strumenti di lavoro specifici

***L'Ambulatorio Scompenso
ospedaliero e territoriale:
obiettivi, attività, organizzazione
e gestione multidisciplinare***

Dr. Mauro Driussi

Ambulatorio scompenso cardiaco e cardiomiopatie
SOC di Cardiologia
Dipartimento Cardio-toracico
P.O. "S. Maria della Misericordia" Udine
ASUFC

**PDTA del paziente con scompenso
cardiaco**



Documento di consenso ANMCO/SIC. La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale

Nadia Aspromonte¹ (Coordinatore), Michele Massimo Gulizia² (Coordinatore),
Andrea Di Lenarda³ (Coordinatore), Andrea Mortara⁴, Iliaria Battistoni⁵, Renata De Maria⁶,
Michele Gabriele⁷, Massimo Iacoviello⁸, Alessandro Navazio⁹, Daniela Pini¹⁰, Giuseppe Di Tano¹¹,
Marco Marini⁵, Renato Pietro Ricci¹, Gianfranco Alunni¹², Donatella Radini³, Marco Metra¹³,
Francesco Romeo¹⁴

ATTIVITA' DELL'AMBULATORIO SCOMPENSO CARDIACO

Attività medica

- Visita, esame obiettivo rilevazione parametri vitali e antropometrici.
- Individuazione di reperti di congestione centrale o periferica.
- Analisi dei sintomi, definizione di classe NYHA.
- Valutazione degli esami di laboratorio per il controllo delle comorbidità.
- Revisione e ottimizzazione della terapia farmacologica e non farmacologica.
- Esecuzione di controlli strumentali periodici.
- Valutazioni funzionali secondo la tipologia di ambulatorio (test del cammino, cardiopolmonare).

Attività infermieristica^a

- Valutazione multidimensionale.
- Monitoraggio.
- Valutazione dell'aderenza terapeutica.
- Formazione di paziente e familiari.
- Counseling personalizzato.
- Promozione dell'autogestione.
- Piano personalizzato di assistenza.

Valutazione funzionale

- Classe NYHA: ad ogni visita.
- Test del cammino: valutazione basale e in base ad esigenze cliniche.
- Test cardiopolmonare: SC avanzato candidati a sostituzione di cuore.

Qualità di vita percepita

- Questionari generici (SF36, EuroQoL).
- Questionari validati specifici (Minnesota Living with Heart Failure, Kansas City Cardiomyopathy).

Revisione e ottimizzazione della terapia farmacologica

- Schema di istruzioni scritte standardizzato (indicazioni effetti collaterali comuni, interferenti di ogni farmaco).
- Spiegazione al paziente e documentazione in cartella ambulatoriale di ogni variazione dello schema.
- Revisione sistematica di tutti i medicinali assunti, compresi farmaci da banco e integratori.
- Revisione delle intolleranze farmacologiche/allergie per rivalutare trattamenti utili sospesi o non iniziati.
- Sistematica valutazione dell'aderenza terapeutica e ricerca delle cause di inosservanza al regime prescritto.
- Metodo per identificare sistematicamente i pazienti eleggibili che non ricevono farmaci appropriati.

Revisione e ottimizzazione della terapia con dispositivi

- Metodo per identificare sistematicamente i pazienti eleggibili che non ricevono terapia con dispositivi (rimozione di cause reversibili di SC, adeguata titolazione dei farmaci, attenta valutazione dell'aspettativa di vita).
- Sistema di comunicazione con gli specialisti elettrofisiologi per evitare duplicazioni/indicazioni contrastanti.
- Formazione ai fondamenti della gestione dei dispositivi per riferire il paziente quando sia necessario riprogrammare il dispositivo o in caso di malfunzionamento.
- Documentazione nella cartella clinica di variazioni nei parametri del dispositivo, pur se disposta in altra sede.
- ~~Discussione pianificata con i pazienti su rischi/benefici delle terapie elettriche~~



SURVEY 2015



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

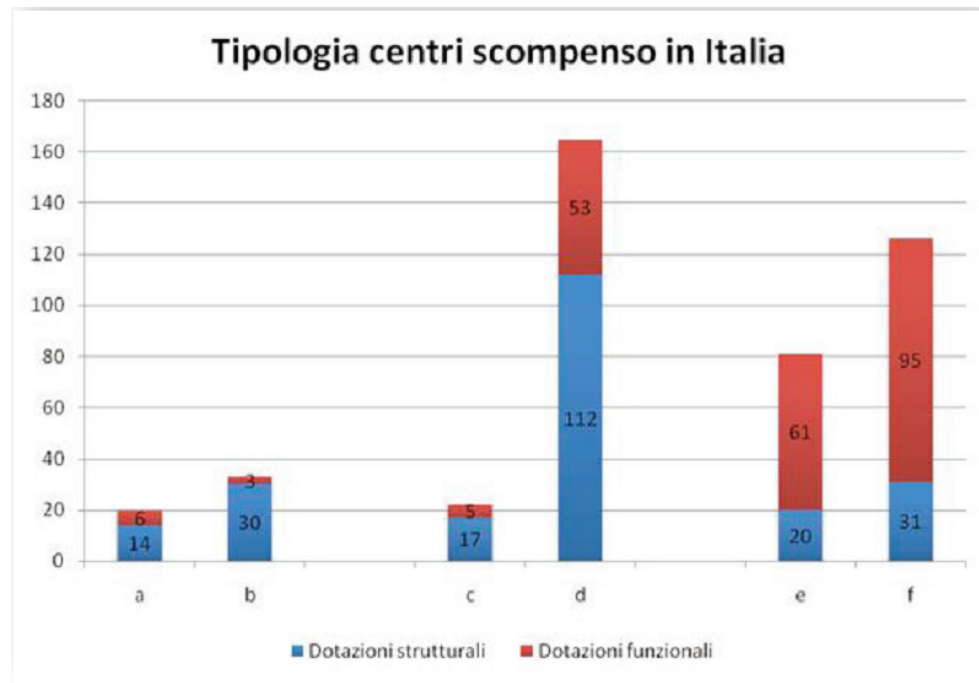
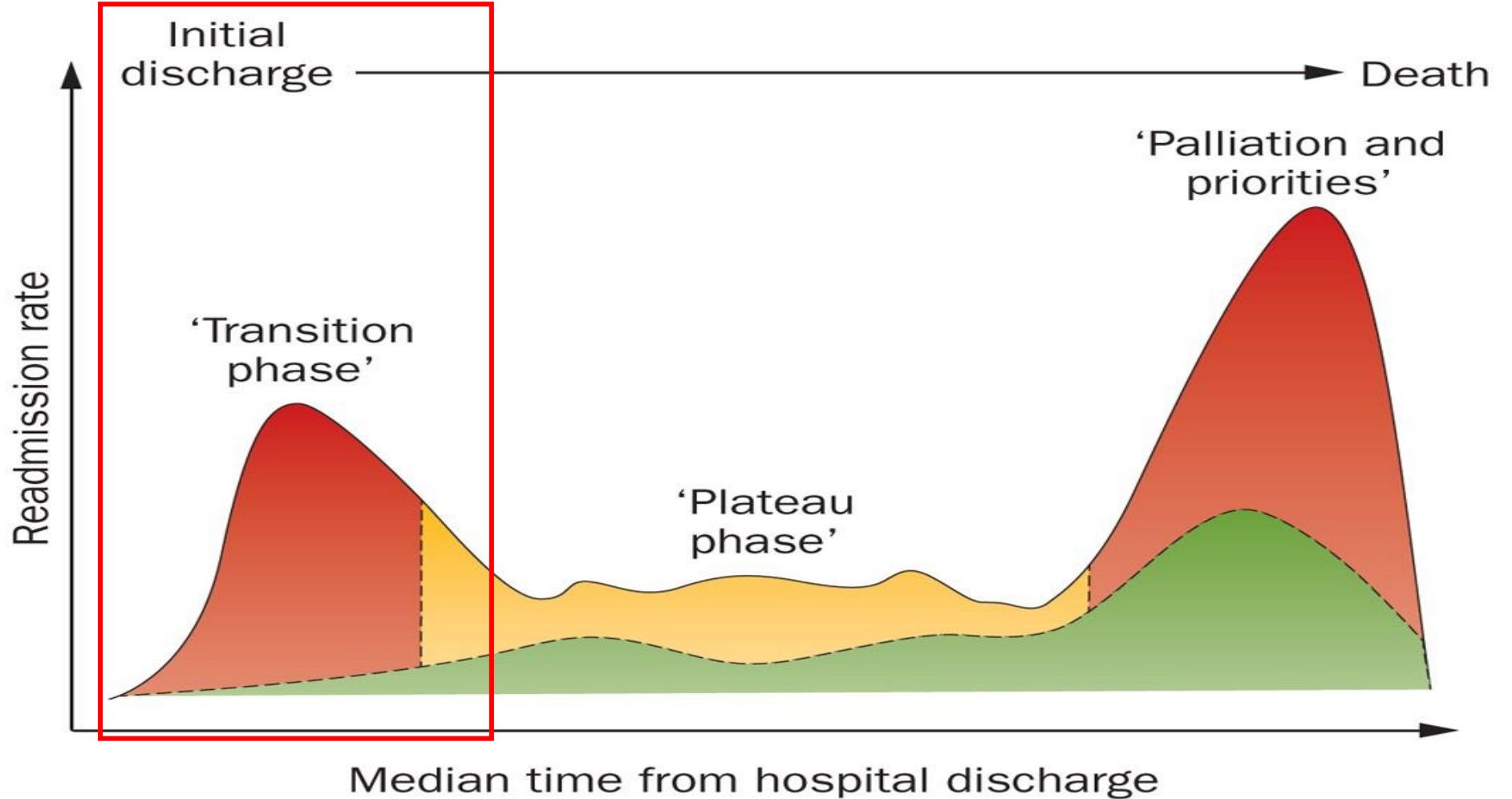


Figura 3. Tipologia dei Centri con Ambulatori Scopenso in Italia.
a, no degenza; b, solo degenza; c, degenza + unità di terapia intensiva cardiologica; d, degenza + unità di terapia intensiva cardiologica + emodinamica + elettrofisiologia; e, degenza + unità di terapia intensiva cardiologica + emodinamica + elettrofisiologia + cardiochirurgia; f, degenza + unità di terapia intensiva cardiologica + emodinamica + elettrofisiologia + cardiochirurgia + impianto di dispositivi di assistenza ventricolare o trapianto.

Ambulatori per lo scompenso cardiaco

PDTA FVG

- L'Ambulatorio Scompenso Cardiaco ha funzioni diverse in base al livello organizzativo dove è collocato. In alcune realtà la funzione può essere assolta dagli ambulatori internistici per la cronicità.
- Finalità principale dell'Ambulatorio Scompenso Cardiaco consiste nella gestione della fase di transizione Ospedale/Territorio, fase in cui è dimostrato sia massimo il tasso di recidiva e di re-ricovero ospedaliero.



Un approccio sistematico nella gestione integrata del paziente nella fase vulnerabile post-dimissione consente di:

- ridurre efficacemente i re-ricoveri
- titolare i farmaci (beta bloccanti/ACE-I/ARNI)
- modulare i diuretici
- completare gli accertamenti clinici (es. sull'eziologia della cardiopatia, sui molteplici fattori internistici che possono contribuire alle riacutizzazioni della patologia)
- incrementare l'aderenza terapeutica
- effettuare l'educazione terapeutica
- garantire un progressivo empowerment del paziente e del caregiver
- creare un'integrazione progressiva tra professionalità dell'Ospedale e del Territorio
- identificare percorsi rapidi di riferimento in caso di comparsa di segni iniziali di recidiva di patologia.

Presa in carico dalla Cardiologia ambulatoriale

I pazienti con SCC che hanno avviato o concluso l'iter diagnostico-terapeutico ospedaliero sono segnalati alla Cardiologia ambulatoriale/Ambulatorio Scopenso 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.

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

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 multimorbidità (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.

5.1 Ambulatorio/Presidio Scompenso territoriale

5.1.1 Collocazione

L'Ambulatorio SC territoriale può essere collocato: a) sul territorio nell'ambito di forme organizzative complesse della medicina generale (unità territoriale di assistenza primaria, case della salute, aggregazioni funzionali territoriali, gruppi di cure primarie); b) nell'ambito della specialistica ambulatoriale; c) in strutture degenziali non cardiologiche (medicina interna, geriatria, medicina d'urgenza); d) in presidi con solo PS; e) in strutture intermedie di lungodegenza; f) in strutture riabilitative cardiologiche.

5.1.7 Prestazioni

- Invio all'Ambulatorio/Centro ospedaliero del paziente con nuova diagnosi per la diagnosi "eziologica" qualora questa non sia già chiara in base ai dati disponibili.
- Consulenza e presa in carico per l'ottimizzazione della terapia farmacologica, la verifica della stabilità e il riferimento agli Ambulatori SC ospedalieri ove appropriato.
- Supporto alle strutture dedicate alla cura/gestione domiciliare di pazienti fragili.
- Integrazione con la Rete delle cure palliative quando presente o con Centri di aiuto per le fasi terminali della malattia.

5.1.5 Attività minima (volumi) e personale

- Agenda e/o giornate dedicate per pazienti affetti da SC.
- Personale: almeno un medico dedicato all'attività supportato da un infermiere.

Ambulatorio/Centro Scompenso cardiologico

ospedaliero

5.2.1 Collocazione

L'Ambulatorio SC cardiologico ospedaliero si colloca in ospedali dotati di strutture cardiologiche e degenza ordinaria e/o UTIC e/o laboratorio di emodinamica e/o laboratorio di elettrofisiologia.

Rispetto all'Ambulatorio SC territoriale, l'Ambulatorio SC cardiologico ospedaliero assicura il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico con l'esecuzione di procedure cardiologiche diagnostiche e terapeutiche di tipo interventistico per dotazione strutturale propria o in collegamento funzionale con altro centro ospedaliero.

5.2.5 Attività minima (volumi)

- Attività per esterni almeno 2 giorni la settimana con erogazione di tutte le prestazioni di cardiologia previste in regime ambulatoriale, day-hospital, day-service, MAC.
- Accesso rapido (entro 48-72h) in caso di prima valutazione in paziente instabile o di instabilizzazione.
- Follow-up telefonico infermieristico specialistico per pazienti instabili.

5.2.6 Personale

L'Ambulatorio SC ospedaliero è coordinato da uno specialista cardiologo. Il medico cardiologo deve possedere una competenza specifica nel campo dello SC e deve essere coadiuvato da uno o più infermieri dedicati, direttamente responsabili dei percorsi assistenziali per i soggetti che afferiscono alla struttura.

È auspicabile il coinvolgimento, in un team multidisciplinare, di altre professionalità mediche (internisti, geriatri, nefrologi, ecc.) e non mediche (psicologi, nutrizionisti, dietisti, fisioterapisti).

Il cardiologo attiva strumenti di collaborazione con i medici del PS/DEA.

Ambulatori per lo scompenso cardiaco presso i centri spoke **PDTA FVG**

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 alle procedure interventistiche ed agli interventi cardiocirurgici
 - per le recidive, riconsidera la diagnosi eziologica e la presenza di eventuali fattori aggravanti e ristrutturata il paziente dal punto di vista prognostico
 - imposta e/o aggiorna lo schema terapeutico
 - effettua, insieme all'Infermiere counselling al paziente e/o al caregiver (sia nel setting ambulatoriale che predimissione)
 - 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
 - imposta un percorso multi-professionale strutturato di follow-up
 - attiva il Distretto per la continuità assistenziale, se non già attivato dall'ospedale/MMG
-

5.3 Ambulatorio/Unità **Scompenso Avanzato e programma di terapia sostitutiva cardiaca**

5.3.1 Collocazione

L'Ambulatorio e l'Unità Scompenso Avanzato sono collocati in ospedali dotati di Strutture Complesse di Cardiologia con degenza ordinaria e UTIC, laboratorio di emodinamica operativo h24, 7/7 giorni, elettrofisiologia e cardiocirurgia, con programma integrato medico-chirurgico per il trattamento dello SC avanzato. Nell'ambito delle Unità e degli Ambulatori SC Avanzato si collocano i Centri con programma di terapia sostitutiva cardiaca (trapianto di cuore e/o assistenza meccanica al circolo [MCS]).

5.3.2 Tipologia di paziente eleggibile

Afferiscono all'Ambulatorio SC Avanzato i pazienti a più elevata complessità di gestione ovvero:

- alto rischio di riacutizzazione (severa limitazione funzionale e/o severa compromissione della funzione ventricolare sinistra);
- in carico all'Ambulatorio SC cardiologico ospedaliero, ma bisognosi di valutazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici non disponibili in quell'ambulatorio;
- che necessitano di completare l'iter terapeutico con procedure cardiocirurgiche;

I Centri con programma di terapia sostitutiva cardiaca dovrebbero essere principalmente dedicati alle seguenti tipologie di pazienti con SC avanzato:

- pazienti con SC avanzato candidabili a terapia sostitutiva cardiaca (trapianto di cuore o impianto di MCS di lungo periodo);
- pazienti già sottoposti a terapia sostitutiva cardiaca.

Possono essere seguiti presso l'Ambulatorio SC Avanzato ospedaliero pazienti stabili a minore complessità che sono però afferiti al Centro per l'ingresso alla Rete.

5.3.5 Attività minima (volumi)

- Attività per esterni almeno 3 giorni la settimana con erogazione di tutte le prestazioni di cardiologia previste in regime ambulatoriale, day-hospital, day-service, MAC.
- Accesso rapido (entro 48-72h) in caso di prima valutazione in paziente instabile o di instabilizzazione.
- Per i pazienti instabili è previsto un follow-up telefonico da parte di infermieri specialisti.
- Per i Centri con programma di terapia sostitutiva cardiaca è garantita una pronta disponibilità per l'emergenza: servizio di consulenza telefonica e assistenza specialistica in ospedale in emergenza h24, 7/7 giorni.

Ambulatori per lo scompenso cardiaco presso in **centri hub PDTA FVG**

Tali nodi della rete prendono in carico la minoranza di pazienti in una fase avanzata di malattia che, per la labilità della loro condizione clinica e per la candidabilità ad opzioni di trattamento ad alto costo, richiedono competenze multispecialistiche e dotazioni avanzate. All'interno di questo gruppo i Centri con programmi di terapia sostitutiva cardiaca, numericamente minoritari e rispondenti a criteri di accreditamento nazionale e/o regionale specificamente regolamentati, trovano nella condivisione in rete di competenze, protocolli e percorsi, la possibilità di esperire valutazioni e procedure preliminari alla candidatura al trapianto cardiaco o supporti meccanici e di riaffidare in carico per competenza territoriale o preferenza espressa i pazienti che sono in attesa o sono già stati sottoposti a terapia sostitutiva. Presso gli Ambulatori di tali Centri sono accolti i pazienti che transitano dall'insufficienza cardiaca cronica allo scompenso cardiaco avanzato e, pertanto, costituiscono i nodi di raccordo fra la Rete per la presa in carico dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica e la Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore.

Lunedì 11/10/2021

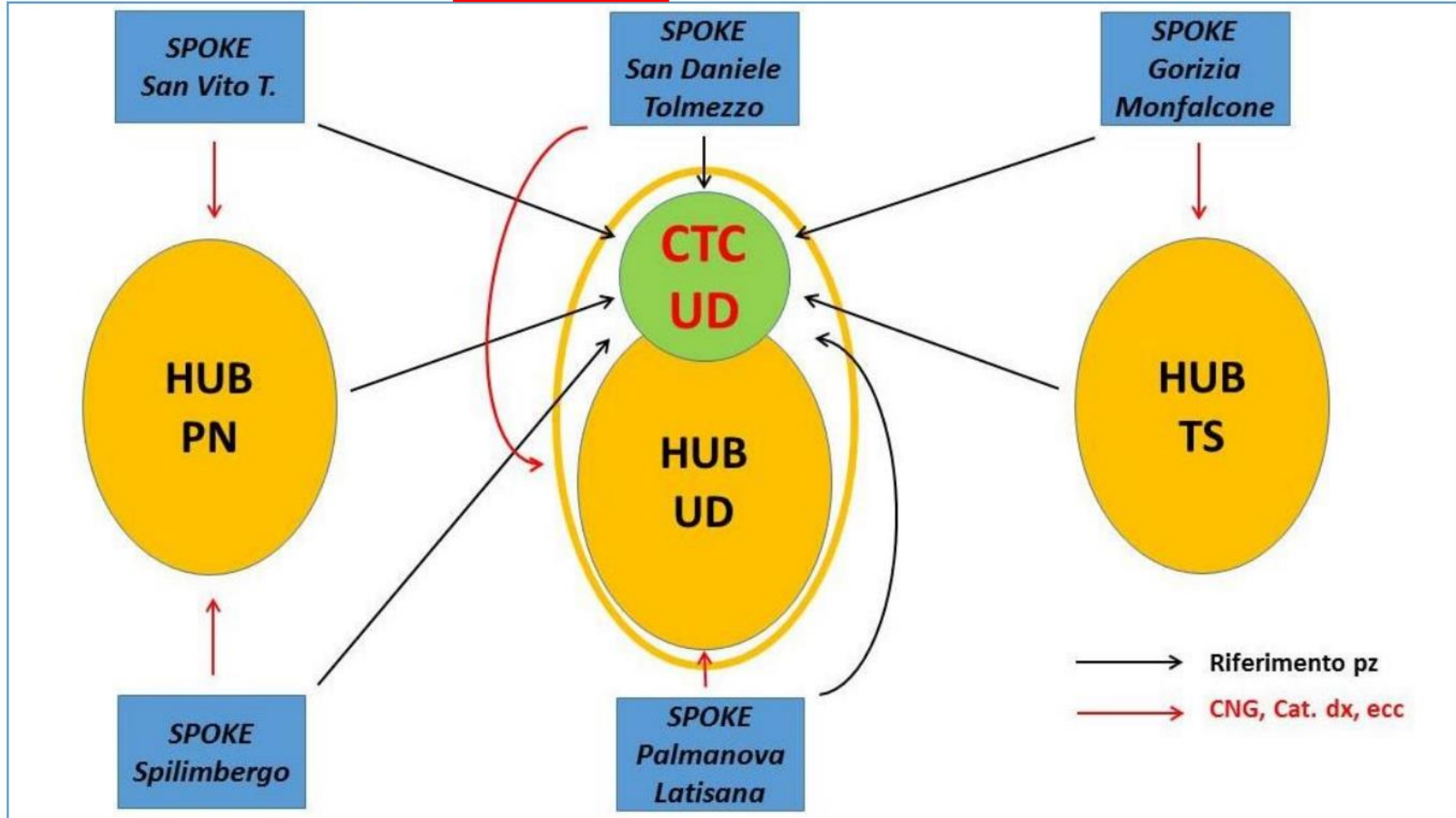
Percorso
Diagnostico
Terapeutico
Assistenziale



G O V E R N O C L I N I C O

Percorso assistenziale
del paziente candidato
al trapianto di cuore

Strutture di cardiologia della Rete filiera cuore e afferenza al CTC



5.3.6 Personale

Equipe multidisciplinare di personale dedicato adeguato all'attività erogata, comprendente:

- almeno 3 specialisti in cardiologia con competenza specifica nel campo dello SC;
- infermieri dedicati in numero e debito orario adeguati alle complessità dei quadri clinici e dei bisogni assistenziali di minima, direttamente responsabili dei percorsi assistenziali per i soggetti che afferiscono alla struttura;
- cardiocirurghi esperti nel trattamento dello SC;
- per i Centri con programma di terapia cardiaca sostitutiva, i cardiologi, cardiocirurghi e gli infermieri devono anche essere esperti nella gestione dei riceventi di MCS e, per i Centri Trapianto, di trapianto cardiaco; è tuttavia auspicabile che anche gli operatori degli Ambulatori/Unità SC Avanzato senza programma MCS acquisiscano le competenze necessarie alla gestione dei portatori di MCS, così da poter farsi carico del follow-up, in collaborazione con il centro impiantatore;
- psicologi con organizzazione flessibile in rapporto al volume di casistica trattata e alle necessità dei pazienti.

Il cardiologo attiva strumenti di collaborazione con i medici del PS/DEA ed altri specialisti medici (internisti, geriatri, nefrologi, ecc.) e non medici (nutrizionisti, dietisti, fisioterapisti).

Il telemonitoraggio domiciliare per il paziente con SC avanzato

Setting clinico di selezione

Il paziente con SC candidato a TLM viene in genere identificato alla dimissione di un ricovero per peggioramento della malattia o in Ambulatorio Specialistico (divisionale, ambulatorio scopenso, distrettuale) dove viene rivalutato perché inviato dal MMG o per accesso prioritario per instabilizzazione clinica/peggioremento della patologia. Il programma di TLM generalmente viene inteso alternativo ad eventuali programmi di approfondimento diagnostico/interventistico che siano ritenuti necessari. Non è escluso comunque che in casi particolari, in attesa dell'attuazione di questi programmi, possa essere ritenuto utile attivare un TLM domiciliare per favorire la stabilizzazione.

STRUMENTI DI TELEMEDICINA IN AMBULATORIO SCOMPENSO CARDIACO

- Televisita
- Teleconsulto (altri specialisti, condivisione casi rete Hub-Spoke)
- Telemonitoraggio dei parametri principali (peso, PA, FC, sat O2, glicemia, ECG, impedenza, Tablet personalizzabile...)
- Monitoraggio remoto ritmologico tramite device impiantati (ICD, CRT, PM)
- Telemonitoraggio remoto con sensori multipli tramite device impiantati (algoritmi specifici)
- ...

Caratteristiche	Situazione attuale	Evoluzione necessaria
Personale	Cardiologi specialisti in SC, infermieri	Mantenere, implementare, certificare le competenze Coinvolgimento multiprofessionale
Popolazione afferente	Accesso per riferimento specifico Generalmente a minor rischio di eventi della popolazione generale	Tutti i pazienti con SC di prima diagnosi Triage di pazienti a basso rischio verso la MG Mantenimento in follow-up dei pazienti a rischio elevato
Contesto assistenziale	Specialistico cardiologico Connessioni variabili con la MG	Connessione diretta con la MG con accesso facilitato Attività formativa e di supporto per la MG Chiara descrizione dei compiti delle cure primarie Organizzazione multispecialistica e multiprofessionale
Procedure cliniche	Molto variabili, non protocolli specifici Scarsa integrazione con protocolli di assistenza in altri reparti Assistenza di percorsi in rete	Formale definizione delle attività Riconciliazione della terapia farmacologica Protocolli di cura standardizzati (PDTA) Educazione del paziente e formazione all'autocura Istituzione di percorsi intraospedalieri e di rete
Composizione dell'attività	80-90% controlli 10-20% nuovi accessi <15% della popolazione seguita	Riduzione della quota di visite routinarie di controllo Incremento della quota di nuove visite Aumento della quota di popolazione cui si offre supporto specialistico

Criticità Ambulatorio Scompenso Cardiaco

- Sistema autoreferenziale → condivisione in rete
- Centro Territoriale/Distretto come gestore dei flussi verso maggiore e minore complessità
- Mezzi di comunicazione tra attori diversi (MMG, Distretto, reparti di dimissione: privacy? sistema informatico?)
- Fruibilità dei dati a livello regionale (Cardionet? Cartella elettronica?)

Indicatori di processo correlati al programma ambulatoriale

- Tempi d'attesa per una prima visita.
- Proporzione di pazienti con relazioni ambulatoriali per il medico curante.
- Numero di eventi formativi effettuati dal team.
- Compilazione di un questionario di gradimento.

Indicatori di processo correlati al paziente

Registrazione in cartella di:

- Eziologia dello scompenso.
- Classe NYHA o altro parametro di capacità funzionale
- Segni e sintomi di congestione/parametri vitali/dati di laboratorio.
- Attività educativa e formazione all'autocura.

Misura quantitativa della frazione di eiezione.

In presenza di disfunzione sistolica e in assenza di controindicazioni:

- ACE-inibitori/ARB prescritti e prescritti a dosi target.
- Betabloccanti prescritti e prescritti a dosi target.
- Antagonisti del recettore mineralocorticoide prescritti e prescritti a dosi target.

In presenza di fibrillazione atriale e in assenza di controindicazioni:

- Anticoagulanti orali^a.

In presenza di criteri di eleggibilità:

- Defibrillatore impiantabile.
- Terapia di resincronizzazione cardiaca.

Indicatori di esito

- Numero di riospedalizzazioni a 1, 3, 12 mesi per tutte le cause, per causa CV, per SC.
- Mortalità.
- Qualità di vita.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

