

Consensus Conference
sui
Modelli Gestionali nello Scompenso Cardiaco

Perché una Consensus Conference sui Percorsi Assistenziali del Paziente con Scompensamento Cardiaco

I mutamenti sociodemografici e i progressi della medicina hanno profondamente cambiato lo scenario dei bisogni assistenziali nel nostro come in altri paesi occidentali, spostando l'asse delle cure dalle patologie acute a malattie croniche che, spesso coesistenti fra loro, colpiscono una popolazione sempre più anziana e assorbono una proporzione sempre maggiore della spesa sanitaria.

In questo contesto i pazienti si trovano ad affrontare non più singoli episodi di malattia, ma complessi percorsi di cura, dove l'esito è raramente il completo recupero del benessere ma ben più spesso l'assunzione di strategie psicologiche e operative articolate e di un ruolo attivo nella gestione della propria malattia che consentano mantenere un'accettabile livello funzionale e qualità di vita.

La cronicità è quindi il nuovo scenario con cui i professionisti e le istituzioni devono confrontarsi per sviluppare risposte assistenziali efficaci e sostenibili. L'esigenza primaria di offrire ai pazienti chiari punti professionali di riferimento lungo tutto il percorso di cura può trovare soluzione solo dalla consapevole messa in atto di esplicite strategie gestionali condivise dalle diverse professionalità sanitarie e sostenute a livello istituzionale.

Lo Scompensamento Cardiaco (SC) è oggi nel mondo occidentale una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita dei pazienti e sull'assorbimento di risorse. Se i notevoli miglioramenti nelle conoscenze e nelle terapie hanno ridotto la mortalità, ritardato la progressione della malattia e consentito un'accettabile qualità di vita a molti pazienti, la prognosi dello SC rimane infausta, peggiore di molte neoplasie. Tuttora la risposta globale del sistema ai bisogni di questi pazienti non è ottimale, per le eterogeneità culturali, professionali, organizzative presenti a tutti i livelli e la mancanza di un coordinamento generale che si riverberano in un'assistenza spesso discontinua e frammentaria. Emerge quindi la necessità di una graduale ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità delle diverse figure professionali nell'ambito di una nuova ed efficiente organizzazione della rete assistenziale al paziente cronico.

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, consapevole del ruolo centrale ma non esclusivo del cardiologo nella cura dello SC, ha promosso una Consensus Conference fra le Società Scientifiche espressione delle figure professionali coinvolte nell'assistenza a questi pazienti. La partecipazione ai lavori di rappresentanti delle istituzioni, dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità, dalle Agenzie Regionali alle Aziende Sanitarie Locali, ha consentito l'analisi di alcuni aspetti dell'attuale impatto dello SC sul Servizio Sanitario Italiano, al fine di meglio contestualizzare i percorsi clinici proposti.

Dai lavori della Consensus Conference scaturisce questo documento, che si propone di delineare i principi cardine che devono ispirare l'organizzazione della gestione del paziente con SC, in stretta collaborazione tra ospedale e territorio, nel rispetto delle specificità locali.

Auspicio di questa Consensus Conference è che nel breve termine ogni Regione maturi la piena consapevolezza della necessità di *strutturare* una risposta assistenziale, che preveda necessariamente l'integrazione tra ospedale e territorio, per la gestione di pazienti complessi e cronici come quelli affetti da SC, e la traduca in specifici documenti programmatici, in grado di orientare le Aziende Sanitarie e Ospedaliere all'attivazione di interventi gestionali strutturati in accordo con tutte le figure professionali coinvolte.

Indice

1. LO SCOMPENSO CARDIACO: LA REALTÀ ITALIANA.....	5
1.1. I RICOVERI OSPEDALIERI DAL DATABASE DEL MINISTERO DELLA SALUTE.....	5
1.2. ANALISI DEI DATA BASE AMMINISTRATIVI E STIMA DELL'ASSORBIMENTO DI RISORSE.....	7
1.2.1 Metodologia.....	7
1.2.2 Valorizzazione.....	10
2. MODELLI DI GESTIONE INTEGRATA PER LA CURA DELLO SC	12
3. LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SC NELL'OSPEDALE E NEL TERRITORIO	14
3.1 STRUTTURA OSPEDALIERA	14
3.2 RETE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE.....	15
3.3 ORGANIZZAZIONE IN AMBITO TERRITORIALE	15
4. L'IMPLEMENTAZIONE DI UN PROGRAMMA DI GESTIONE INTEGRATA TRA OSPEDALE E TERRITORIO	16
4.1 LE CRITICITÀ.....	17
4.1.1 A livello ospedaliero	17
4.1.2 A livello territoriale.....	17
4.2 FATTORI CHIAVE DI SUCCESSO	17
4.3 POSSIBILI CAUSE DI INSUCCESSO.....	18
5. STRUTTURA DI UN PROGRAMMA DI GESTIONE INTEGRATA TRA OSPEDALE E TERRITORIO: COMPONENTI, LORO RUOLI, STRUMENTI DI INTEGRAZIONE.....	19
5.1 AZIENDA OSPEDALIERA E/O PRESIDIO OSPEDALIERO DELL'ASL.....	19
5.2 ASL/DISTRETTO	19
5.3 CURE PRIMARIE	20
5.4 PAZIENTE AL PROPRIO DOMICILIO	20
5.5 ALTRE COMPONENTI DELLA STRUTTURA E LORO RUOLI	22
5.5.1 Specialisti Cardiologi Ambulatoriali	22
5.5.2 Medici di continuità assistenziale	22
5.5.3 ADI.....	22
5.6 STRUMENTI DI INTEGRAZIONE.....	23
6. IL PERCORSO DI CURA	25
6.1 PRINCIPI FONDANTI.....	25
6.2 IL PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO (PDT)	26
6.2.1 Ruolo e funzione del MMG.....	27
6.2.2. Ruolo e funzione delle cure specialistiche.....	28
6.2.3. Ruolo e funzione del personale infermieristico	29
6.2.4. Il paziente e il caregiver.....	29
6.3 PROFILO DEL PAZIENTE DA GESTIRE IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.....	30
7. PROFILI E PERCORSI ASSISTENZIALI.....	31
7.1 PREVENZIONE E SCREENING DEL PAZIENTE CON DISFUNZIONE VENTRICOLARE ASINTOMATICA	31
7.1.1 Il paziente con fattori di rischio (stadio A)	31
7.1.2 Il paziente con cardiopatia strutturale (stadio B).....	32
7.2 IL PAZIENTE CON SC ACUTO DI NUOVA DIAGNOSI O INSTABILIZZATO	35
7.2.1 Indicazioni al ricovero	35
7.2.2 La scelta del luogo di cura.....	36
7.2.3 Il percorso intraospedaliero: trasferimenti interni	37
7.2.4 Le cure intermedie.....	41
7.2.5 La dimissione dopo un ricovero per SC acuto	41
7.3 IL PAZIENTE STABILE OLIGO-ASINTOMATICO	44
7.3.1 L'inquadramento.....	44
7.3.2 Gestione del follow-up	46
7.4 IL PAZIENTE CON SC AVANZATO CANDIDABILE AL TRAPIANTO CARDIACO (TC) E/O ALL'ASSISTENZA VENTRICOLARE.....	48
7.4.1 L'assistenza al paziente con SC avanzato	48
7.4.2 L'indicazione a trapianto cardiaco.....	50

7.4.3	<i>L'assistenza ventricolare meccanica</i>	51
7.4.4	<i>La riabilitazione cardiologica intensiva</i>	51
7.4.5	<i>L'assistenza psicologica al paziente con SC grave</i>	52
7.5	IL PAZIENTE ANZIANO E/O CON COMORBILITÀ	53
7.5.1	<i>Il percorso dell'anziano con SC: criteri di selezione</i>	53
7.5.2	<i>Il percorso dell'anziano con SC nell'ospedale</i>	54
7.5.3	<i>Il percorso dell'anziano con SC nel territorio</i>	54
7.5.4	<i>Specificità dell'iter diagnostico terapeutico</i>	55
7.5.5	<i>La Valutazione Multidimensionale</i>	56
7.6	LE CURE PALLIATIVE AL PAZIENTE CON SC TERMINALE	57
8.	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E SISTEMI DI RELAZIONE	59
8.1	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	59
8.2	COMUNICAZIONE E TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI.....	59
9.	INDICATORI DI STRUTTURA, PROCESSO E RISULTATO	61
9.1	INDICATORI STRUTTURALI	61
9.2	INDICATORI DI PROCESSO	61
9.3	INDICATORI DI ESITO	62
10.	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	63
11.	PARTECIPANTI ALLA CONSENSUS CONFERENCE	67

Abbreviazioni

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADP	Assistenza Domiciliare Programmata
ASL	Azienda Sanitaria Locale
FE	Frazione di Eiezione del ventricolo sinistro
LG	Linee Guida
MMG	Medico di Medicina Generale
PDT	Percorso Diagnostico Terapeutico
PS/DEA	Pronto Soccorso/Dipartimento di Emergenza
PTC	Programma Trapianto Cardiaco
SC	Scompenso Cardiaco
TC	Trapianto Cardiaco
USI	Unità SemiIntensiva
UTIC	Unità di Terapia Intensiva
UTIC	Unità di Terapia Intensiva Coronarica
UVG	Unità Valutativa Geriatrica

1. Lo scompenso cardiaco: la realtà italiana

Lo scompenso cardiaco è una patologia ad elevata prevalenza, che colpisce 1,5-2% della popolazione nel mondo occidentale. Prevalenza e incidenza aumentano in maniera esponenziale con l'età e la maggiore determinante dell'assorbimento di risorse per la sua gestione sono i costi dell'assistenza ospedaliera. In assenza di studi di popolazione specifici per la realtà italiana, un'indicatore utilizzabile per una stima dell'epidemiologia dello SC è fornito dall'analisi dei ricoveri ospedalieri. Con la collaborazione delle istituzioni partecipanti sono stati pertanto raccolti ed elaborati dati relativi ai ricoveri ospedalieri oltre che all'assorbimento di risorse per l'assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e farmaceutica nella branca cardiologia per pazienti con SC nel nostro paese.

1.1. I ricoveri ospedalieri dal database del Ministero della Salute

L'analisi dei ricoveri ospedalieri nazionali mostra che il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) è divenuto in Italia nel 2003 la prima causa di ricovero ospedaliero dopo il parto naturale e che lo SC rappresenta la patologia con i più alti costi per assistenza ospedaliera.

Lo SC si conferma una malattia dell'età avanzata e con un'età media dei ricoverati di 77 anni. Nel 2003 sono stati 186.945 i ricoveri classificati con codice ICD9 428, tutte le estensioni con un incremento del 2,4% rispetto al 2002 e del 7,3% rispetto al 2001, mentre il tasso grezzo è passato da 306 a 334 ricoveri/anno per 100.000 mila abitanti. La degenza per SC ha una durata media elevata, che si è ridotta di poco dal 2001 al 2003 (Fig.1).

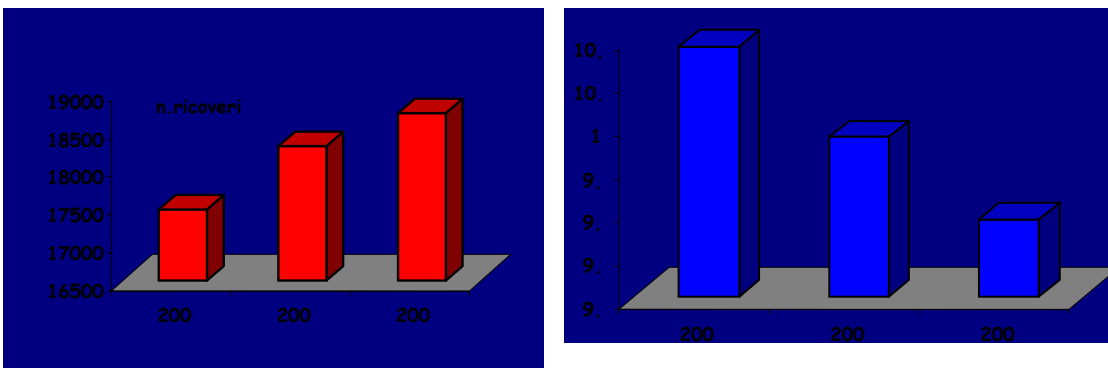


Fig.1 Andamento temporale del numero di ricoveri ICD 428. e degenza media*

All'analisi dei dati disaggregati per regione, si osserva come in Italia sia presente una spiccata variabilità nei tassi di ricovero standardizzati per età che va nel 2003 dai 204 ricoveri per 100.000 abitanti del Piemonte ai 465 del Molise (Fig. 2).

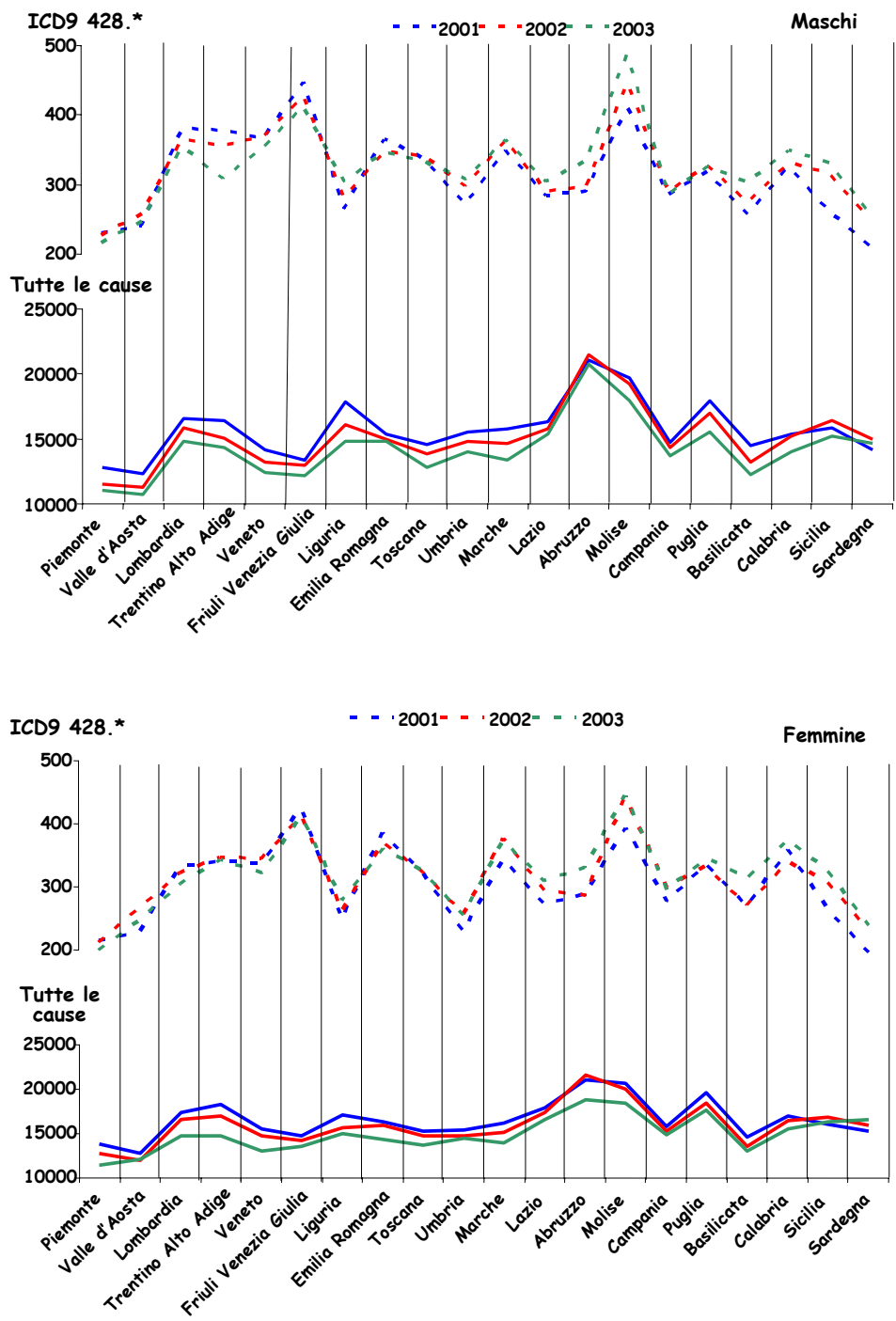


Fig. 2 confronto fra tassi regionali di ricovero standardizzati per età per diagnosi primaria ICD 9 428.* e per tutte le cause

I ricoveri ripetuti per SC nell'arco di 1 anno hanno mostrato una netta tendenza all'incremento dal 2001 al 2003, un dato che indica come un'azione di prevenzione secondaria indirizzata a ridurne il numero potrebbe da sola consentire un risparmio di grande rilievo nell'utilizzo delle risorse assorbite dal ricovero ospedaliero (Fig.3).

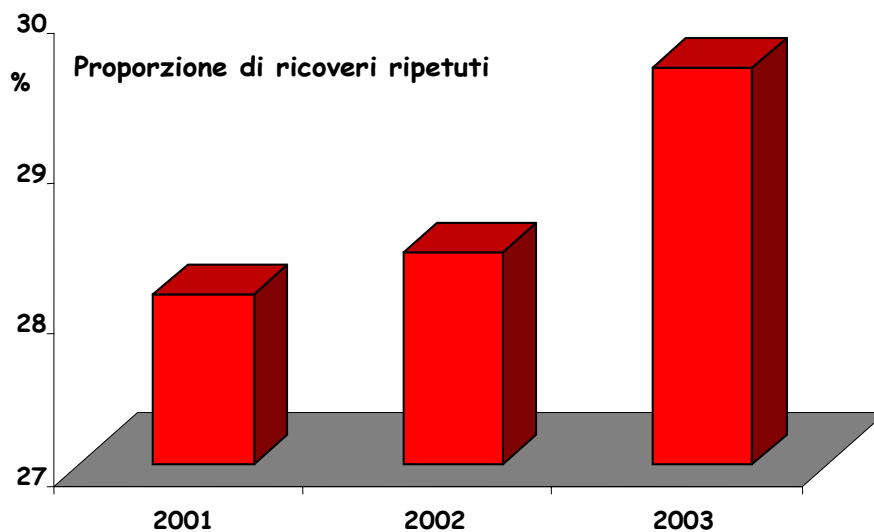


Fig.3 Andamento temporale della proporzione di ricoveri ripetuti con diagnosi primaria ICD 9 428. nel corso di 1 anno*

1.2 Analisi dei data base amministrativi e stima dell'assorbimento di risorse

Sono stati analizzati i database amministrativi di 4 regioni Marche, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Basilicata, la Provincia Autonoma di Bolzano e due ASL lombarde, Pavia e Monza, per una popolazione residente totale pari a 10.365.901.

1.2.1 Metodologia

La stima della popolazione affetta da SC è stata effettuata attraverso

- individuazione dei residenti che negli anni 2001-2002-2003-2004 abbiano effettuato uno o più ricoveri con diagnosi principale o una delle diagnosi secondarie 428.0, 428.1 e 428.9 (scompenso cardiaco congestizio, sinistro e non specificato rispettivamente) presso le strutture della regione/ASL o di altre regioni italiane indipendentemente dal DRG di dimissione;
- individuazione dei residenti nella regione/ASL che abbiano avuto l'esenzione dal pagamento del ticket per patologia SC, codice 021, pur non avendo effettuato un ricovero (non individuati al punto a);
- individuazione dei deceduti nell'elenco di cui ai punti precedenti rilevati dal motivo di dimissione nelle SDO e dall'anagrafe della popolazione laddove non indicata nelle SDO; conseguente esclusione dei deceduti negli anni 2001, 2002 e 2003, e calcolo dell'esposizione nel 2004 in giornate in base alla data di decesso per i morti nel 2004.

Attraverso questi criteri è stata definita per lo SC nell'area di analisi la prevalenza (numero di pazienti M/F con SC/totale popolazione) e il tasso di letalità (numero di deceduti M/F nel 2004/totale pazienti con SC). Sono stati individuati con questi criteri nelle Regioni e ASL partecipanti 126.607 pazienti affetti da SC, per una prevalenza pari a 1.19%. Il tasso di letalità globale è del 15.4%.

L'analisi è stata quindi segmentata per classi di età (Fig.4): la prevalenza, analogamente a quanto dimostrato negli studi epidemiologici di popolazione, è maggiore nel sesso maschile e cresce, come la letalità in maniera esponenziale con l'età.

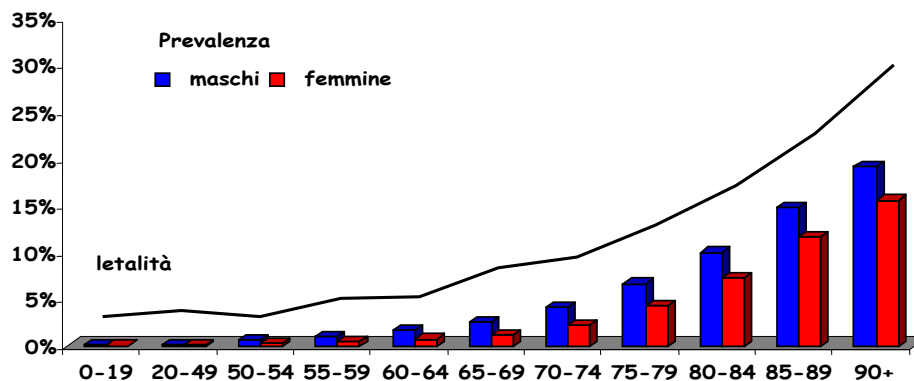


Fig. 4 Prevalenza e letalità dello SC per classe d'età

Le risorse assorbite nell'anno 2004 dalla popolazione con SC, individuata secondo i criteri suesposti, è stata condotta analizzando i consumi del singolo paziente, individuato mediante record linkage nei 3 archivi: schede di dimissione ospedaliera, archivio specialistica convenzionata esterna e archivio prescrizioni farmaceutiche.

Per l'assistenza ospedaliera è stata analizzato il numero di ricoveri e di pazienti ricoverati, il reparto di dimissione, il DRG assegnato, l'importo del ricovero, il numero di giornate di degenza, e di ricoveri ripetuti.

La sede di ricovero ospedaliero dei pazienti con SC è nella maggioranza dei casi, in proporzione crescente con l'età, la Medicina (Fig. 5).

Il numero maggiore di ricoveri, così come il maggior numero di ricoveri ripetuti in 1 anno, si concentra nella fascia fra 75 e 85 anni di età. Tuttavia le percentuali di ricoveri ripetuti e di pazienti con ricovero ripetuto si attestano rispettivamente intorno al 25% e al 21% con scarse variazioni in base all'età (Fig.6), indicando che la gravità della malattia incidono maggiormente sul ricorso all'ospedale dell'età anagrafica.

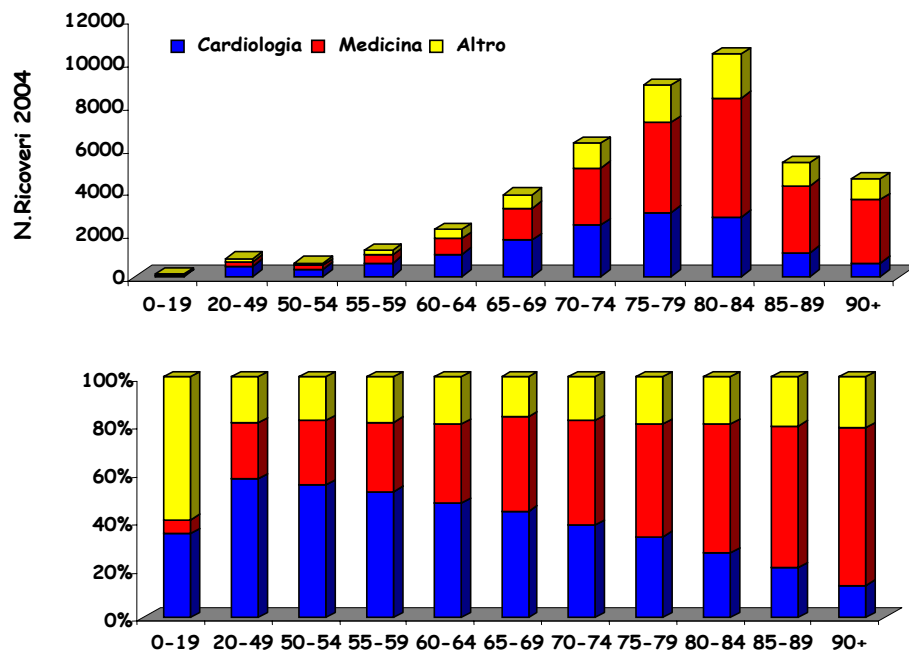


Fig.5 Reparto di dimissione ricoveri con diagnosi primaria ICD 9 428.*, anno 2004

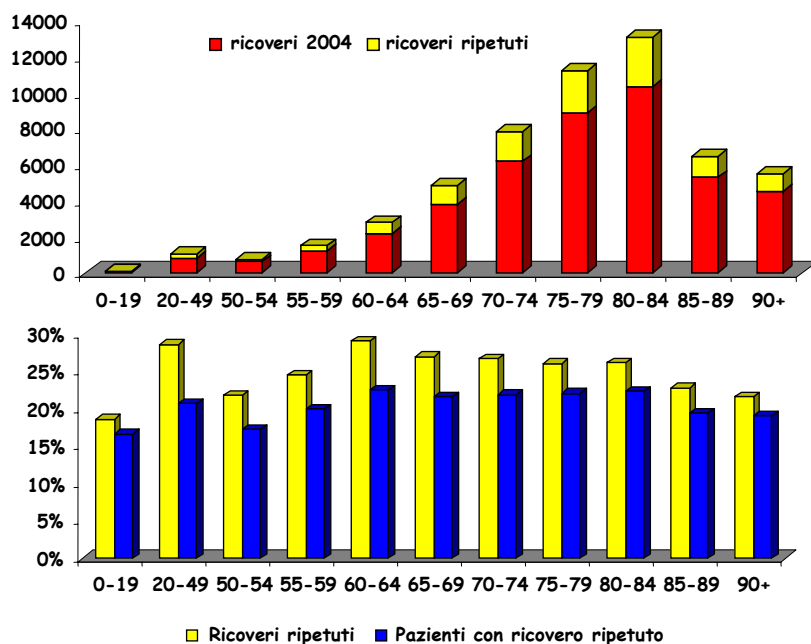


Fig. 6 Andamento dei ricoveri ripetuti per classi di età

Per l'assistenza specialistica convenzionata si è analizzato il consumo individuale e il relativo importo delle prestazioni afferenti la branca specialistica cardiologia (08). La proporzione di pazienti con SC che ha avuto accesso a prestazioni di diagnostica specialistica strumentale nell'arco del 2004 è relativamente bassa: solo 40% ha effettuato un ECG e 25% un ecocardiogramma (Fig. 7).

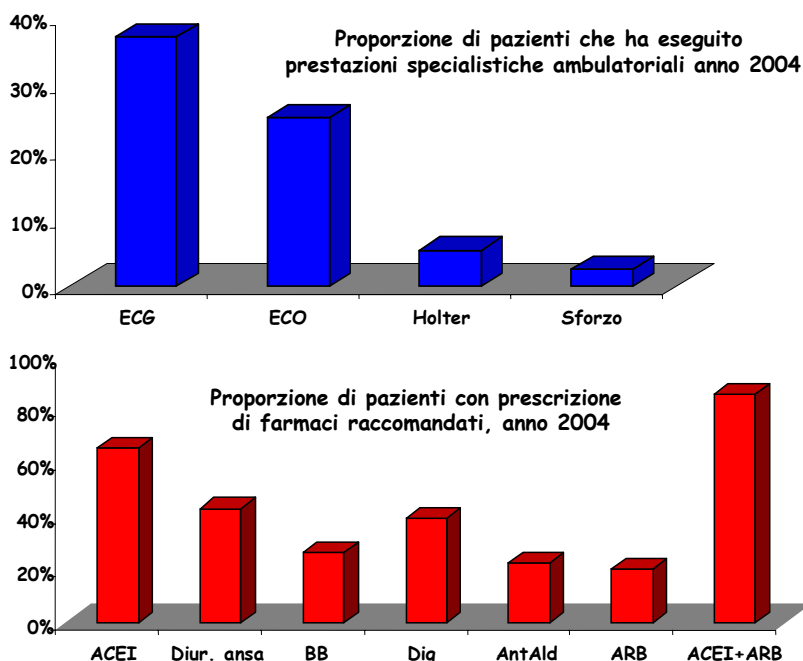


Fig. 7 *Proportione di pazienti con SC che hanno eseguito prestazioni diagnostiche ambulatoriali e assunto farmaci raccomandati, anno 2004.*

Per l'assistenza farmaceutica è stato valutato il consumo individuale di farmaci della classe terapeutica cardiovascolare, e in particolare di farmaci raccomandati dalle linee guida per lo SC, e calcolate le dosi giornaliere definite. Eccetto che per la terapia beta-bloccante, la proporzione di pazienti in trattamento con farmaci raccomandati, segnatamente gli inibitori del sistema renina angiotensina appare vicina al target raccomandato (Fig.7)

1.2.2 Valorizzazione

La *valorizzazione economica* è stata effettuata relativamente all' anno 2004. L'assistenza ospedaliera è stata valorizzata in base alle tariffe DRG della Regione di appartenenza, l'assistenza specialistica ambulatoriale come rimborso a prestazione sulla base del Nomenclatore Tariffario, l'assistenza farmaceutica come prezzi di vendita al pubblico (spesa lorda a carico del SSR). Non sono stati inclusi nell'analisi i costi della medicina generale, dell'assistenza riabilitativa-residenziale, dell'eventuale assistenza domiciliare sanitaria ed informale.

I valori assoluti di costi indicano che il maggior assorbimento di risorse si verifica per la popolazione di età superiore a 65 anni e segnatamente nei soggetti fra 75 e 85 anni. Dall'analisi della distribuzione percentuale delle voci di spesa, la proporzione di costi attribuibili ai ricoveri presentava un trend in crescita da 70% della classe d'età fra 50-54 anni a 85 % degli ultranovantenni (Fig.8)

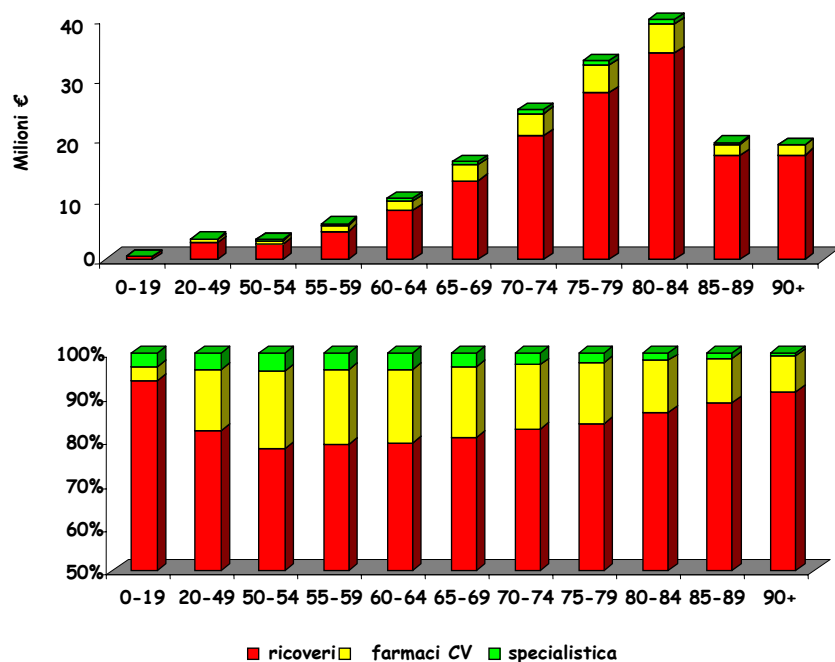


Fig.8 Valori assoluti e distribuzione percentuale dei costi per l'assistenza ospedaliera, farmaceutica e specialistica ambulatoriale, anno 2004

I consumi per la patologia scompenso sia per ricoveri ICD9 428.* che per farmaci cardiovascolari incidono in misura pari a circa metà delle risorse sanitarie assorbite dai pazienti con SC, con una minore incidenza dei consumi farmaceutici specifici in proporzione nell'età più avanzate, mentre le prestazioni specialistiche specifiche per la patologia determinano meno del 20% dei consumi totali per la voce di spesa (Fig.9).

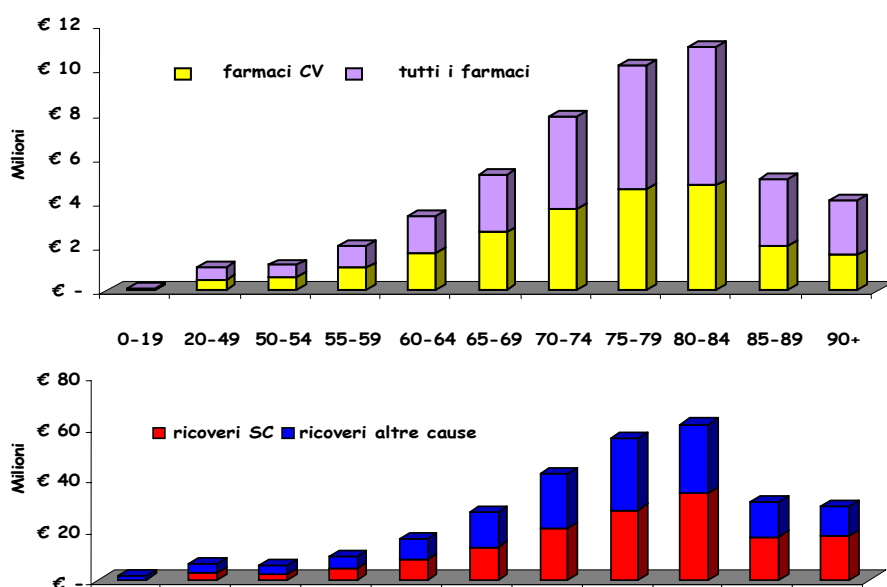


Fig. 9 Rapporto fra consumi farmaceutici e ricoveri per lo SC rispetto al totale delle risorse assorbite dai pazienti con SC

2. Modelli di gestione integrata per la cura dello SC

Il crescente numero di pazienti affetti da SC particolarmente nell'età avanzata, e l'esponentiale aumento della spesa sanitaria per questo tipo di patologia, impongono di ridisegnare i percorsi sanitari di cura.

Diverse esperienze di gestione dello SC in tutto il mondo, e più recentemente anche in Italia, si sono basate su nuove modalità di assistenza integrata e di tipo multidisciplinare con la presenza sul territorio di personale medico e non-medico e con il maggiore o minore uso di nuove modalità di comunicazione date dalla moderna tecnologia e telemedicina.

Gli studi condotti con modelli di gestione integrata dello SC hanno dimostrato evidenti vantaggi per

- il miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita,
- l'educazione dei pazienti (compresa adesione e capacità di autogestione della terapia),
- l'individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione
- il controllo della progressione della malattia, e la riduzione dei ricoveri ospedalieri

pur se meno convincenti appaiono i dati relativi al decremento della mortalità.

Questi risultati sono stati confermati in metanalisi eseguite negli ultimi anni sui principali trials randomizzati pubblicati in letteratura. Per una revisione completa dei vari modelli gestionali utilizzati nelle esperienze internazionali e nazionali si rimanda a recenti pubblicazioni.

In una patologia tipica degli anziani, la prospettiva di estendere questi risultati ad una ampia popolazione di pazienti con SC appare di grande rilevanza, considerando il miglioramento della qualità di vita obiettivo di importanza pari o per certi versi superiore al prolungamento della vita stessa. Sono pertanto auspicabili sperimentazioni multicentriche su più ampia scala che possano confermare questi dati nella nostra realtà nazionale e favorire la diffusione di un nuovo modello di cura del malato cronico con SC.

Peraltro i mutamenti demografici, la migliore aspettanza di vita e l'aumento della prevalenza della cronicità stanno già imponendo a livello istituzionale il reindirizzamento del governo clinico delle patologie croniche, dalle strutture ospedaliere, più opportunamente deputate al governo delle patologie acute, verso le cure primarie, cioè verso la medicina generale e le strutture territoriali.

Nel definire una nuova rete gestionale del paziente affetto da SC è opportuno parlare più che di diversi modelli di gestione ma piuttosto di differenti percorsi di cura, che si caratterizzano in relazione alla severità della malattia e alla presenza di comorbidità, all'età, al tessuto sociale di riferimento. Infatti, i principi che regolano la rete assistenziale del paziente con SC, di stretta correlazione tra ospedale e territorio, dovrebbero essere considerati come unitari, mentre diversi per le diverse tipologie di pazienti, fino alla personalizzazione per il singolo caso, andrebbero considerati i bisogni e di conseguenza i percorsi assistenziali.

La gestione integrata dei pazienti in una rete di servizi territoriali richiede l'esplicitazione dei processi di cura, con una dettagliata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici (PDT), dei profili assistenziali, dei ruoli e delle responsabilità dei diversi operatori sanitari. Se il fulcro dell'assistenza per una patologia cronica come lo SC deve essere prevalentemente di tipo territoriale extraospedaliero, di fondamentale importanza sono adeguati PDT anche all'interno

dell'ospedale e la necessità di garantire continuità di cure anche attraverso diverse strutture ospedaliere, in stretta collaborazione tra loro.

Critica è inoltre la definizione delle modalità di accesso al ricovero ospedaliero e di dimissione, momenti in cui la comunicazione e la condivisione dei percorsi assistenziali tra struttura ospedaliera e territoriale appare decisiva per una efficace presa in carico a garanzia della continuità e qualità delle cure.

Infine cruciale, come in tutte le patologie croniche, è l'assunzione di un ruolo responsabile e attivo del paziente nella gestione della sua malattia attraverso un appropriato intervento educativo.

3. La Gestione del Paziente con SC nell'Ospedale e nel Territorio

L'impostazione del percorso di cura del paziente affetto da SC può iniziare a livello Ospedaliero o, in caso di pazienti che non necessitano di ricovero, in un centro cardiologico di riferimento, idealmente dedicato, adeguato per l'impostazione di un corretto PDT per il paziente con SC, così come a livello Territoriale. Specifiche modifiche e adattamenti potranno rendersi opportuni secondo le diverse realtà locali e regionali.

3.1 Struttura Ospedaliera

Generalmente, in ogni Azienda Sanitaria, come specificato dalle relative disposizioni in materia di accreditamento, possono operare una o più strutture ospedaliere pubbliche e private con diverso grado di specializzazione. In alternativa, in alcune realtà l'Azienda Sanitaria territoriale si avvale per le prestazioni ospedaliere della struttura operante nell'Azienda ospedaliera di riferimento.

La presenza di diverse modalità organizzative e gestionali all'interno degli ospedali e, all'interno di questi, nelle diverse unità operative dove possono afferire gli stessi malati sia per ricovero acuto che ordinario, costituisce uno dei fattori che può ostacolare a più livelli la stessa continuità assistenziale del paziente con SC.

È auspicabile che ogni Ospedale idoneo per struttura e territorio di riferimento, come specificato nel documento della Federazione Italiana di Cardiologia "Struttura e Organizzazione funzionale della Cardiologia", si organizzi per:

1. Istituire un **Ambulatorio** dedicato alla cura dello SC (v. punto 5.1) e valutare la possibilità di implementare all'interno della struttura ospedaliera un sistema di ricovero Day-Hospital o un sistema di prestazione ambulatoriale Day Service.
2. Identificare una **equipe multidisciplinare di medici ed infermieri**, responsabile/i della diagnosi e cura del paziente affetto da SC che può comprendere diverse figure specialistiche come Internisti, Cardiologi e Geriatri.
3. **Creare per il malato ricoverato per SC PDT condivisi** fra le diverse strutture ospedaliere, dal PS/DEA ai reparti di Medicina e di Cardiologia (Linee Guida interne, definizione degli esami strumentali, accesso ad un data-base unico, stessa formulazione della lettera di dimissione, etc). Dovrebbero qui essere esplicitati i criteri di appropriatezza di ricovero in UTIC e/o Terapia Intensiva, semintensiva e di rientro nei reparti di degenza ordinaria. Queste LG interne sono particolarmente importanti per i pazienti a maggiore difficoltà gestionale e consumo di risorse come l'anziano fragile e il paziente con comorbidità.

Se da alcuni la gestione centralizzata a livello ospedaliero, in strutture ambulatoriali dedicate al paziente con SC, dotate di personale medico ed infermieristico esperto, è stato ritenuta il modello ideale per la diagnosi e la cura della malattia, una presa in carico specialistica della globalità dei pazienti con 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, l'Ambulatorio specialistico dedicato non sempre riuscirebbe a garantire la giusta intensità e continuità assistenziale, poichè proprio nel paziente con pluripatologia maggiore è l'esigenza di un approccio unitario.

È infine da ricordare che, nel nostro Servizio Sanitario, la responsabilità complessiva delle cure per tutti i pazienti non ospedalizzati viene ricondotta al MMG.

Vi è quindi la necessità di ricercare soluzioni assistenziali condivise fra cure primarie e specialistiche, con presa in carico del malato cronico da parte del MMG con il supporto degli specialisti e degli altri operatori sanitari, anche a livello distrettuale o direttamente a domicilio.

3.2 Rete organizzativa delle strutture ospedaliere

In ambito regionale e/o di Area Vasta, a seconda delle diverse realtà locali, si dovrebbe promuovere la costituzione di una rete organizzativa fra strutture di I, II e III livello cioè dotate di Emodinamica, Elettrofisiologia e Cardiochirurgia, secondo il modello organizzativo dell' "hub & spoke", già consolidato in molte realtà, ad esempio per la gestione della sindrome coronarica acuta.

All'interno della rete dovrebbero essere potenziati i contatti e definiti e condivisi i criteri di indirizzo dei paziente alle strutture riabilitative e a quelle in grado di garantire procedure invasive e chirurgiche avanzate, inclusi i centri con Programmi Trapianto Cardiaco (PTC), per rispondere meglio possibile ai bisogni specifici del paziente con SC avanzato e garantire l'equo accesso a tutte le risorse disponibili in rete.

La gestione del paziente complesso, candidato a questo tipo di procedure avanzate, dovrebbe rimanere in carico all'Ambulatorio SC dell'Ospedale di riferimento sia nella fase in cui vengono poste le indicazioni all'intervento, sia dopo l'intervento o la procedura, per la gestione del follow-up successivo.

L'organizzazione della rete delle strutture ospedaliere verrà auspicabilmente promossa e coordinata dall'organo regionale di competenza, dalla ASL/distretto di riferimento, dai referenti ospedalieri delle diverse strutture (eventualmente facenti parte dell'equipe dell'Ambulatorio SC) e dal Comitato di Coordinamento Ospedale-Territorio per la gestione delle patologie croniche (vedi oltre punto 3.3).

3.3 Organizzazione in ambito territoriale

I primi attori della assistenza sanitaria a livello territoriale sono i MMG, la ASL/Distretto e gli specialisti non ospedalieri. Una corretta gestione del malato cronico con SC richiede una sinergia d'azione di tutte le figure coinvolte con una relazione stretta fra territorio e strutture ospedaliere.

Punti importanti per una riorganizzazione della politica sanitaria territoriale per le malattie croniche sono:

1. Implementazione da parte dell'ASL/Distretto dei programmi regionali di riordino della diagnosi e cura delle patologie croniche.
2. Integrazione funzionale delle professionalità tecniche, differenti a seconda delle patologie affrontate, con i rappresentanti istituzionali delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere. L'integrazione potrebbe avvenire in un organo specificamente costituito, il **Comitato di Coordinamento Ospedale-Territorio per la gestione delle patologie croniche**, a livello sovradistrettuale. In alcune realtà l'integrazione funzionale per la creazione di reti assistenziali alle patologie croniche è attualmente già operativa presso i Distretti .

Nel caso del percorso assistenziale per la cura del paziente con SC il Comitato potrebbe essere formato, in accordo con le specificità locali, dalle seguenti figure professionali:

- Dirigente dell'Azienda Sanitaria e/o dell'Azienda Ospedaliera dove presente. Il comitato è inteso come una entità sovradistrettuale in stretto

contatto con la Direzione Generale. Il dirigente che coordina il comitato deve essere dotato di una sufficiente autonomia decisionale.

- Rappresentanti dei Distretti.
- Referenti per lo SC delle Strutture Ospedaliere pubbliche e private accreditate (auspicabile la presenza almeno di un rappresentante per struttura).
- Rappresentanti dei MMG.
- Altri (responsabile assistenza domiciliare integrata (ADI), specialisti territoriali, medici di Continuità Assistenziale, Unità Valutative Geriatriche, servizi socioassistenziali).
- Referenti infermieristici per ospedale e territorio.
- Rappresentante dei Pazienti e delle Associazioni non professionali o di volontariato, almeno per le problematiche di loro interesse e competenza.

I compiti di questo Comitato nel caso dello SC potranno essere:

- a) Promuovere la **riorganizzazione delle strutture ospedaliere e del territorio**, favorire la **formazione della rete ospedaliera, coinvolgere i MMG**;
 - b) **implementare il PDT** del malato con SC all'interno della ASL/Distretto;
 - c) **definire le modalità di continuità assistenziale ospedale-territorio**, gli accessi agli ospedali, alle cure intermedie, all'assistenza domiciliare, ai servizi sociali.
 - d) definire **gli indicatori di struttura, di processo e di esito** con monitoraggio dell'assistenza anche attraverso il ricorso a momenti formali di audit clinico-organizzativo. Dovrebbero poi essere identificati indicatori di risultato clinici come la qualità della vita, l'aderenza alla terapia o la soddisfazione sui processi di cura.
 - e) **Monitorare sistematicamente tutte le componenti del percorso assistenziale** alle malattie croniche, con particolare riguardo alle criticità ed alle problematiche del sistema.
 - f) Promuovere la **crescita culturale e la comunicazione** fra tutti i professionisti coinvolti attraverso il supporto e la consultazione reciproca, la condivisione dei protocolli diagnostico-terapeutici, la discussione interattiva per la soluzione dei problemi clinici, la gestione condivisa dei casi complessi, gli eventi formativi, il materiale didattico ed educativo.
3. Rivalutazione del **ruolo infermieristico specializzato** come importante figura professionale partecipe della cura e della gestione del malato con SC e del percorso di continuità assistenziale (v. punto 6.2.3). Queste figure professionali, pur considerando l'attuale carenza numerica e la difficile reperibilità, dovrebbero essere presenti a seconda delle diverse disponibilità e modalità di organizzazione:
- a) nell'Ambulatorio SC con funzioni specifiche dedicate,
 - b) a livello territoriale nei Distretti, con compito di assistenza ambulatoriale e domiciliare nell'ambito dell'ADI, nelle strutture delle equipe territoriali, delle Unità associative di cure primarie.

4. L'implementazione di un programma di gestione integrata tra ospedale e territorio

4.1 Le criticità

Nel tentativo di ridisegnare i percorsi sanitari per una più appropriata allocazione delle risorse senza diminuire la qualità della prestazione sanitaria è opportuno tenere conto di diversi elementi di criticità.

4.1.1 A livello ospedaliero

1. L'attuale sistema di distribuzione delle risorse privilegia il pagamento per prestazione della fase acuta e non favorisce modalità assistenziali condivise come il consulto ambulatoriale e telematico, penalizzando la continuità assistenziale che invece ha l'obiettivo di stabilizzare la fase cronica e prevenire gli eventi acuti.
2. All'interno degli ospedali il malato con SC affrisce solo nel 30% alle Cardiologie mentre nel 70% ad altri reparti (generalmente Medicina o Geriatria), spesso con successivo trasferimento in reparti di cure intermedie/post-acuzie/lungo-degenza con percorsi intraospedalieri misti, senza coordinamento e continuità di cura.

4.1.2 A livello territoriale

1. Esiste una realtà culturale e professionale non omogenea dei MMG che in alcuni casi sceglie la delega completa allo specialista, in altri si assume la responsabilità di controllare il percorso clinico, il sistema di prestazioni e la spesa farmaceutica
2. Spesso al MMG manca il supporto e la disponibilità al consulto ed alla discussione sui casi clinici più complessi da parte dello specialista.
3. Le Aziende Sanitarie che erogano risorse hanno sviluppato del tutto recentemente, e solo in alcuni casi, specifici progetti di intervento per il governo delle patologie croniche
4. I Medici di Continuità Assistenziale non essendo coinvolti nella condivisione di protocolli specifici per la gestione del paziente con SC non possono fornire un pieno contributo alla continuità del percorso assistenziale tra ospedale e territorio.
5. Le strutture di supporto, sia a livello di territorio in generale e di distretto in particolare, quali ADI, strutture intermedie e riabilitative, assistenza sociale sono assolutamente insufficienti e in molte realtà nazionali del tutto assenti.

I diversi percorsi gestionali devono essere progettati per superare queste criticità stimolando processi organizzativi ed educativi di comunità con redistribuzione del carico della cure delle patologie croniche dagli ospedali ai luoghi delle cure primarie.

4.2 Fattori chiave di successo

1. Definire, all'interno dell'organizzazione dell'Azienda Sanitaria, il/i **team multidisciplinare/i** finalizzato/i alla gestione dei casi, in cui siano chiari i ruoli e le responsabilità dei singoli componenti.
2. Sviluppare e condividere un chiaro **piano di lavoro**, condiviso con le parti in causa, con obiettivi semplici, misurabili, sostenibili, realizzabili, temporalizzabili.
3. Garantire uno stretto **coordinamento e continuità** tra i professionisti, facilitare la comunicazione e l'audit.

4.3 Possibili cause di insuccesso

1. Inadeguata scelta della *popolazione target*, ovvero applicazione della continuità assistenziale a persone con patologia molto lieve o troppo avanzata (in entrambi i casi il rischio è un utilizzo improprio delle risorse).
2. Limitazione della valutazione dei problemi attivi ad *una sola fase della malattia*, ospedaliera o territoriale, con mancata analisi dei bisogni di integrazione e continuità assistenziale tra le varie fasi.
3. *Strumenti di valutazione inadeguati*, ovvero non validati da evidenze scientifiche, oppure inappropriati per le problematiche da valutare e per i cambiamenti da apportare.
4. *Assenza di momenti/strumenti di comunicazione* adeguati, sistematici e formali con gli operatori sanitari extraospedalieri per un *follow-up* efficace.
5. *Gestione spontaneistica ed individuale*, ovvero basata sulla volontà dei singoli professionisti e non strutturata, responsabile e condivisa dei progetti d'intervento: questi dovrebbero essere fortemente voluti e perseguiti dai gestori.
6. Eterogenea cultura e formazione dei professionisti coinvolti; scarsa
7. motivazione e propensione al cambiamento degli attori; barriere (culturali, legate ai ruoli, burocratiche, geografiche, generazionali, relazionali, comunicative, strutturali, eccetera) e difficoltà che impediscono un efficace coordinamento tra le diverse figure professionali.
1. *Mancato supporto istituzionale*, a livello di Direzione delle Aziende Sanitarie e/o ospedaliere

5. Struttura di un programma di gestione integrata tra ospedale e territorio: componenti, loro ruoli, strumenti di integrazione

5.1 Azienda Ospedaliera e/o Presidio Ospedaliero dell'ASL

1. Esercita il governo clinico della rete di gestione integrata Ospedale-Territorio con focalizzazione, in presenza di una Azienda Ospedaliera separata dalla territoriale, sulla fase ospedaliera.
2. Partecipa al Comitato di Coordinamento ospedale-territorio.
3. Individua l'equipe medico/infermieristica multidisciplinare dedicata allo SC, composta in primo luogo da cardiologi, internisti e infermieri con competenze specifiche, ma è idealmente allargata all'apporto di diversi specialisti (geriatri, nefrologi, etc.) e di competenze professionali non mediche (psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti). Essa dovrebbe rappresentare il punto di riferimento oltre che per la gestione intraospedaliera del paziente, per il territorio e per la gestione del malato complesso deospedalizzato
4. Istituisce l'Ambulatorio per lo SC per garantire la continuità assistenziale, fornire supporto e collaborazione alla cura del paziente all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera, contribuire alla gestione, cura e impostazione del follow-up dei pazienti più complessi.
5. In assenza di una struttura specialistica di riferimento extraospedaliero, predispone per i casi clinici all'esordio ed i problemi correlati alla prima fase di impostazione diagnostico-terapeutica, un canale preferenziale di accesso del MMG con le strutture ospedaliere ed in particolare con l'Ambulatorio SC.
6. Istituisce quando possibile il Day Hospital o Day Service utili, ad esempio per l'infusione di farmaci, monitoraggio telemetrico, cardioversioni di FA, controllo di eventi subacuti, etc.
7. Stimola la preparazione di protocolli gestionali interni e di materiale didattico/educativo per uso interno ed esterno, in particolare di protocolli operativi da condividere a livello ospedaliero e territoriale.
8. Promuove la formazione del personale medico ed infermieristico.
9. Concorre all'identificazione, insieme agli altri referenti della rete assistenziale, degli indicatori di struttura, percorso e risultato anche facendo riferimento a quanto già indicato dalle società scientifiche, con focalizzazione sulla fase ospedaliera.

5.2 ASL/Distretto

1. Esercita il governo clinico istituzionale della rete di gestione integrata Ospedale-Territorio con focalizzazione sulla fase territoriale
2. Istituisce il Comitato di Coordinamento Ospedale-territorio per la gestione delle patologie croniche con l'obiettivo di definire, applicare e monitorare a livello territoriale e in rapporto con le Strutture Ospedaliere i programmi di gestione integrata delle patologie croniche
3. Coinvolge i MMG con la discussione dei progetti, protocolli e dei PDT, favorendone il processo di formazione.
4. Supporta dal punto di vista organizzativo ed informativo gli operatori sanitari per migliorare l'assistenza dei pazienti con SC.
5. Identifica insieme agli altri referenti della rete assistenziale, gli indicatori di struttura, percorso e risultato, con focalizzazione sulla fase territoriale, anche facendo riferimento a quanto già indicato dalle società scientifiche.

Presso il **Distretto sanitario** vengono comunemente svolte attività di informazione per il paziente, pianificazione ed erogazione dell'assistenza domiciliare, riconoscimento dello status di invalidità civile e/o di esenzione per patologia, autorizzazione alla fornitura di protesi e ausili.

Alla luce del ruolo centrale che questa struttura potrebbe assumere per il governo clinico territoriale delle patologie croniche è auspicabile che venga identificato all'interno del distretto **un referente che partecipi attivamente alla rete gestionale** particolarmente dei pazienti che necessitano di maggiore assistenza come gli anziani fragili con comorbidità.

In generale il distretto potrebbe diventare una **sede strategica per l'integrazione delle cure** tra medicina generale, specialisti ed personale infermieristico, attraverso l'organizzazione di momenti formativi di incontro e discussione e momenti di intervento, ad esempio attività educative per il paziente in ambulatori a gestione prevalentemente infermieristica.

5.3 Cure Primarie

Il MMG rappresenta il “case manager” della maggioranza dei pazienti con SC. I suoi compiti sono differenti a seconda della gravità dello scompenso e della stabilità della situazione clinica, e variano da una gestione sostanzialmente autonoma in casi stabili di lieve-media gravità, al ruolo di supporto nei confronti dello specialista in casi gravi ed instabili.

Sebbene le competenze possano variare da medico a medico è auspicabile mirare ad un livello di competenza minimo nella gestione del paziente con SC, documentabile con indicatori semplici di attività clinica.

Per favorire la comunicazione ospedale/territorio/ASL elemento importante è la disponibilità e l'utilizzo routinario di strumenti informatici adeguati per la gestione del paziente, che consentano la pronta identificazione del problema clinico SC e del percorso attivato per il singolo caso. Il periodico aggiornamento della cartella computerizzata è utile all'obiettivo di una vera continuità assistenziale, in relazione anche a contatti routinari che possono rappresentare l'occasione per periodici controlli non programmati dei pazienti con SC da parte dei MMG e per un processo di self audit da parte del singolo professionista.

A supporto dell'attività clinica del MMG andrebbero previsti **corsi di formazione** sia sulla prevenzione primaria cardiovascolare, che è compito precipuo del MMG, sia sulla prevenzione secondaria che può essere attuata, a seconda del livello di rischio e di stabilità clinica del paziente, dallo stesso MMG o dal MMG insieme allo specialista secondo percorsi condivisi.

Per i pazienti non in grado di recarsi presso l'Ambulatorio il MMG può ricorrere allo strumento **dell'assistenza domiciliare programmata (ADP)**, attivabile per pazienti con impossibilità a deambulare, non autosufficienti, affetti da gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati, fra cui lo SC avanzato. L'ADP è svolta assicurando al domicilio personale del paziente la presenza effettiva periodica (settimanale, quindicinale o mensile) del MMG in relazione ad eventuali specifiche esigenze del paziente.

5.4 Paziente al proprio domicilio

Per favorire l'assunzione di un ruolo attivo del paziente nella gestione della malattia, un programma di continuità assistenziale dovrebbe, dopo adeguata valutazione della struttura familiare, mirare a

- educazione del singolo alla conoscenza della malattia e alla autogestione dei parametri vitali attraverso percorsi formativi dedicati
- informazione sulla terapia farmacologia e i meccanismi d'azione dei farmaci attraverso materiale didattico
- addestramento al rilievo precoce dei segni/sintomi di instabilizzazione e
- conoscenza del percorso dettagliato da seguire in caso di instabilizzazione (contatti telefonici, accesso diretto all'ambulatorio, ecc)
- coinvolgimento attivo e documentato del paziente e del caregiver ogni qual volta è possibile sul percorso diagnostico-terapeutico e sul programma di gestione integrata

5.5 Altre componenti della Struttura e loro ruoli

5.5.1 Specialisti Cardiologi Ambulatoriali

La figura dello Specialista Ambulatoriale, nei Distretti in cui è presente può essere di primaria importanza nel supportare il MMG nella diagnosi di SC, nelle prime fasi di ricerca della eziologia, nella stadiazione, nella impostazione del trattamento, nel riconoscimento dei momenti di instabilizzazione e nelle indicazioni al ricovero. Lo Specialista Ambulatoriale partecipa con i MMG ed i medici ospedalieri alla costituzione del Comitato di Coordinamento ed alla stesura dei programmi di intervento e dei PDT.

5.5.2 Medici di continuità assistenziale

I Medici di Continuità Assistenziale effettuano gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente negli orari non coperti dai MMG . Provvedono all'allerta diretta del servizio di urgenza ed emergenza territoriale /118 per gli interventi del caso

Attivano la segnalazione diretta al MMG che ha in carico l'assistito del caso di particolare complessità rilevato nel corso degli interventi di competenza, o prima di disporre un ricovero ospedaliero se il paziente è già in carico ai servizi di ADI.

La compilazione della scheda degli interventi assistenziali rappresenta un importante strumento di comunicazione nei confronti del MMG. Il medico di continuità assistenziale dovrebbe ove possibile avvalendosi di strumenti informatici (messa in rete delle postazioni di guardia medica) poter accedere alla documentazione clinica del paziente con SC, e per concorrere all'aggiornamento del data base del paziente.

5.5.3 ADI

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è una forma di assistenza domiciliare medica, infermieristica e riabilitativa, riservata di norma a pazienti con particolari patologie. La segnalazione di un paziente che può necessitare di questo tipo di assistenza può essere effettuata dal MMG, dai familiari o, in caso di paziente ricoverato in ospedale, dal reparto ospedaliero perché venga preso in carico al momento delle dimissioni.

In relazione alla gestione dello SC le ipotesi di attivazione dell'ADI dovrebbero riferirsi a malattie progressivamente invalidanti (come lo SC avanzato), malattie acute invalidanti dell'anziano (come un episodio di SC acuto).

L'ADIMED, ovvero un profilo ADI con elevata richiesta di assistenza sanitaria centrato sul lavoro di un team multidisciplinare, può specificamente rispondere ai bisogni del paziente nel caso di dimissioni protette da strutture ospedaliere. Punti chiave del processo sono l'analisi dei requisiti del paziente e della rete familiare e le modalità di comunicazione tra Ospedale, MMG, Distretto e Servizi Sociali Comunali.

L'Assistenza domiciliare infermieristica è parte integrante dell'ADI ed è un servizio erogato a pazienti di qualsiasi età sulla base di un piano terapeutico assistenziale rivolto a tutte le patologie con carattere di cronicità che richiedano prevalentemente l'intervento del MMG e di infermieri professionali. Dovrebbe essere rivolta a persone totalmente o parzialmente non autosufficienti, in modo temporaneo o protratto, e affette da patologie croniche o acute che non richiedano un'assistenza multidisciplinare.

La creazione di *presidi infermieristici di distretto*, come strutture ambulatoriali a gestione completamente infermieristica, dedicate soprattutto alle patologie croniche,

con compiti anche di collegamento fra MMG e strutture specialistiche, potrebbe essere un importante elemento di novità in collaborazione e/o dipendenza con l'ADI. Altra soluzione utile per il coerente sviluppo del ruolo infermieristico nella gestione delle patologie croniche come lo SC potrebbe essere la presenza di unità infermieristiche presso le forme associative dei MMG.

In alcuni casi il personale infermieristico potrebbero dipendere direttamente dall'Ospedale e/o dall'Ambulatorio SC con possibilità di eseguire visite a domicilio, monitoraggio dei parametri vitali al letto del malato con importanti compiti di controllo ed educazione sulla malattia

5.6 Strumenti di integrazione

Gli strumenti a disposizione dovrebbero permettere una corretta comunicazione fra i vari componenti della struttura e facilitare il percorso di continuità assistenziale. Possono essere strumenti molto semplici che permettono di avviare immediatamente un programma di gestione integrata così come essere strumenti più complessi che delineano la comunicazione nel prossimo futuro o la realtà di regioni più avanzate.

Primo livello

- Telefono/Fax/e-mail
- Materiale educativo
- Algoritmi diagnostico-strumentali
- Linee Guida
- Fogli elettronici semplici per la condivisione di dati quantitativi (monitoraggio di peso, parametri vitali, dati di laboratorio)
- Cartella clinica computerizzata che raccolga la storia, gli esami del malato e gli eventi di follow-up, e che dimostri l'appartenenza del paziente ad un programma di gestione territoriale condivisa.

Secondo livello

- Creazione di Data-Base condivisi
- Definizione di una comune piattaforma informatica con possibilità che le informazioni del centro ospedaliero (referti di analisi di laboratorio, ECG, ecocardiogrammi, visite specialistiche) vengano inserite direttamente nel software del MMG, oppure in alternativa siano fruibili per il MMG i data base gestionali dello SCC ospedalieri.
- Telemonitoraggio dei parametri vitali dal paziente al MMG o allo specialista
- Teletrasmissione di segnali elettrocardiografici
- Condivisione di immagini (Rx torace, TC, RMN, Eco, Angio) su sito elettronico
- Disponibilità di una cartella clinica informatizzata con possibilità di condivisione di dati

Telemedicina

La tecnologia sta velocemente modificando la trasmissione di informazione e di dati in ambito sanitario. Gli elettrocardiogrammi, le immagini radiologiche ed ecocardiografiche possono facilmente e velocemente viaggiare fra diversi operatori sanitari (*teleconsulto*) e fra pazienti al loro domicilio e operatori sanitari (*telemonitoraggio*). Questi nuovi sistemi diventeranno parte integrante delle nuove reti di gestione Ospedale-Territorio per la cura delle patologie croniche sia attraverso la creazione di data-base condivisi su portali web, sia attraverso nuove forme ultraveloci di consulto fra MMG e specialisti e fra specialisti stessi. Inoltre verranno messi a disposizione dei malati anziani affetti da patologie croniche e dei loro

caregiver nuove modalità di accesso alla diagnostica strumentale (trasmissione di ECG ed Holter 24h attraverso la telefonia fissa e mobile, ecocardiografia portatile etc).

6. Il Percorso di Cura

Una *rete di gestione integrata* ospedale-territorio dovrebbe essere disegnata all'interno di una struttura chiaramente *definita ma flessibile*. Il sistema si baserà su principi fondanti unitari, con definizione degli obiettivi, degli strumenti per raggiungerli, dei ruoli e responsabilità delle diverse figure professionali, che a loro volta potranno essere applicati secondo modalità e *percorsi di cura differenti* in relazione alle diverse realtà e tipologia di paziente con SC.

6.1 Principi fondanti

Nell'ambito della gestione integrata di una patologia cronica come lo SC, dovrebbero essere orientati tutti gli sforzi dell'assistenza per un *controllo sistematico e continuativo del paziente*, sia a domicilio che in ospedale. Il paziente dovrebbe essere gestito in maniera coordinata e sistematica in tutte le fasi (*sottoprocessi*) della sua malattia, che andrebbe comunque considerata come un unico episodio longitudinale (*processo*).

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 compito generalmente 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.

L'insieme degli interventi è definibile pertanto in modo prospettico, con lo scopo di modificare il corso della malattia, migliorando i risultati, a parità di o idealmente riducendo il, costo dell'assistenza.

Gli obiettivi degli interventi sono ritardare la comparsa della malattia nei pazienti a rischio o la sua progressione negli affetti, prevenire le riacutizzazioni ed i ricoveri ospedalieri.

Lo strumento operativo nel disease management è il *percorso clinico-assistenziale diagnostico-terapeutico*, con cui vengono individuate le sequenze degli interventi più idonei e necessari per far fronte ad una determinata patologia.

Nella definizione dei PDT come piani clinici integrati, dovrebbero essere rispettati alcuni requisiti fondamentali ed in particolare i PDT dovrebbero:

- essere multidisciplinari;
- avere espliciti criteri per la definizione di tempi ed attività;
- contenere obiettivi clinici chiari e condivisi;
- prevedere momenti di educazione dei pazienti;
- essere fondati sulla Medicina basata sulle prove ;
- contemplare indicatori di performance.

6.2 Il Percorso diagnostico e terapeutico (PDT)

Il PDT svolge un ruolo fondamentale nel processo di continuità assistenziale del malato con SC. Esso definisce i punti cardine che sono imprescindibili nella gestione del malato e scandisce i passaggi che dovrebbero essere seguiti per rendere più omogeneo il livello di conoscenze e di cura del malato.

Il PDT andrebbe definito a livello del Comitato di Coordinamento ospedale-territorio ed è importante che sia condiviso fra tutte le figure professionali coinvolte a livello ospedaliero e territoriale: specialisti, MMG e rappresentanti ASL/Distretto. Può essere più o meno dettagliato a seconda degli accordi che vengono presi localmente e in linea generale dovrebbe contenere i seguenti punti:

1. *La diagnosi di SC*

Si sottolinea l'importanza di eseguire quegli accertamenti clinici e strumentali necessari a confermare il sospetto diagnostico di SC. Alla diagnosi partecipano sia il MMG, che è il primo referente e consulente del paziente in caso di comparsa di sintomi, sia lo specialista e la struttura ospedaliera in caso di ricovero per scompenso acuto.

2. *La ricerca eziologia*

La ricerca accurata della eziologia della cardiopatia che è alla base dello SC riveste una estrema importanza per la definizione del programma terapeutico, la stratificazione prognostica e la gestione del follow-up.

3. *Impostazione e ottimizzazione del trattamento*

L'impostazione del trattamento, farmacologico e non, deve seguire le moderne LG, sia per quanto riguarda la scelta dei farmaci che della corretta posologia da raggiungere dopo un'adeguata titolazione. E' di competenza del MMG e degli specialisti di riferimento.

4. *Individuazione dei fattori precipitanti, delle comorbilità e dei fattori di rischio*

L'individuazione dei fattori precipitanti e delle comorbilità contribuisce alla definizione del rischio di presentare eventi nel follow-up. Alla definizione di entrambi può concorrere sia il MMG, che conosce dettagliatamente la storia clinica extracardiaca del malato, sia lo specialista internista e/o cardiologo. Inoltre, il MMG può avvalersi di consulenti di altre specialità (diabetologo, neurologo ect) e di esami strumentali specifici.

5. *Stratificazione del rischio*

Nella definizione dei PDT potranno essere inseriti degli score di rischio, come riportato da esperienze della letteratura, che permettano di valutare la severità della malattia e di stimare la possibilità di sviluppare eventi nel follow-up. Le ricadute di questa classificazione sarebbero immediate con percorsi gestionali più intensivi e a maggior consumo di risorse nei pazienti ad elevato rischio.

6. *Indicazioni per il ricovero*

L'esplicitazione nel PDT dei criteri per il ricovero, soprattutto per quanto riguarda i percorsi intraospedalieri, è cruciale per l'ottimizzazione del corretto trattamento e l'impostazione delle procedure diagnostiche dei pazienti con SC, soprattutto quando anziani fragili con disabilità.

7. *Modalità di follow-up*

Le modalità di follow-up del paziente una volta dimesso dalla struttura ospedaliera o a seguito di ottimizzazione della terapia presso l'Ambulatorio SC, dovrebbero essere concordate con il MMG in relazione al profilo di rischio del paziente (severità della malattia, stabilità emodinamica, presenza di comorbilità, condizioni socio-familiari). L'Ambulatorio specialistico per lo SC della struttura ospedaliera dovrebbe mantenere il/i primo/i controllo/i di follow-up ambulatoriale post-dimissione dei pazienti più a rischio e fragili, nei primi 7-30gg dopo un

ricovero per SC acuto, o i controlli periodici dei pazienti con SC severo, instabili, in lista di TC o candidati a procedure invasive o cardiocirurgiche complesse (v. cap.7.2 e 7.4). Il MMG seguirà periodicamente il paziente stabile, ricorrendo ove necessario alla consulenza specialistica (v. cap.7.3).

6.2.1 Ruolo e funzione del MMG

Nodo centrale delle cure territoriali primarie è il MMG referente e consulente del paziente nel suo percorso nascita-morte. Le sue competenze spaziano nei vari campi nosografici, affiancandosi allo specialista ove la complessità della situazione lo richieda. I mutamenti demografici pongono oggi al centro dell'impegno assistenziale del MMG la prevenzione primaria e secondaria e la gestione delle patologie croniche fra cui lo SC. Lo svolgimento di questo compito dovrebbe essere agevolato dalla presenza di una organizzazione di supporto (Medico di Continuità Assistenziale, infermiere, segretaria, poliambulatorio, strumentazione etc.) e dalla possibilità di facili e rapidi contatti con lo specialista dell'Ambulatorio SC, dell'Ambulatorio cardiologico territoriale e con la struttura ospedaliera di riferimento.

I compiti del MMG riguardano i seguenti aspetti:

1. Prevenzione

La prevenzione primaria e secondaria della patologia aterosclerotica rappresenta la forma principale di prevenzione dello SC. La prevenzione primaria cardiovascolare è compito primario del MMG. La prevenzione secondaria viene attuata, a seconda del livello di rischio e di stabilità clinica del paziente, dal MMG o congiuntamente dal MMG e dallo specialista.

2. Diagnosi

L'impostazione diagnostica nel sospetto clinico di SC è compito del MMG, che è il primo referente e consulente del paziente in caso di comparsa di sintomi, a meno di situazioni di instabilità clinica che richiedano interventi in tempi brevi

3. Terapia

L'impostazione iniziale del trattamento (farmacologico e non) è di competenza del MMG, successivamente andrebbe generalmente condivisa e discussa con lo specialista

4. Educazione e informazione del paziente e dei care-givers

Nei casi in cui non sia indicata una ospedalizzazione o l'invio ad un Ambulatorio SC, il MMG provvede a fornire educazione/informazione al paziente e ai care-givers personalmente o tramite personale infermieristico dipendente (se disponibile), avvalendosi anche di apposito materiale scritto.

In caso di ospedalizzazione/ricorso all'Ambulatorio SC, l'attività educativa/formativa andrà coordinata tra struttura dedicata e territorio.

5. Identificazione precoce di forma familiari

La conoscenza della storia e della composizione familiare tipica del setting della medicina generale rende possibile l'invio a screening delle forme di cardiopatia con possibile componente ereditaria.

6. Gestione del Follow-up

Il follow-up del paziente stabile andrebbe svolto dal MMG con controlli periodici programmati.

Nelle classi funzionali più avanzate il follow-up del paziente stabile dovrebbe essere condiviso tra MMG e specialista, mentre nei pazienti in classe NYHA IV il MMG svolge normalmente un ruolo di supporto allo specialista (v. cap.7).

Il MMG dovrebbe gestire i provvedimenti di primo livello (es. aumento diuretici, modifiche terapia antipertensiva, ecc). in caso di instabilità che non configuri urgenza in relazioni alla gravità del quadro clinico di base

Nella definizione e gestione delle comorbidità, il MMG dovrebbe attivare e coordinare la consulenza di vari specialisti e l'esecuzione di esami diagnostici specifici.

7. Assistenza domiciliare

Il MMG è il responsabile dell'assistenza domiciliare, che può essere svolta da solo o con personale non medico, nell'ambito delle forme attualmente previste (ADP, ADI). Nel caso siano coinvolti diversi specialisti, il MMG coordina il loro intervento che, usualmente, è svolto nell'ambito della consulenza.

6.2.2. Ruolo e funzione delle cure specialistiche

1. Gestione dello SC acuto

Lo specialista, cardiologo o internista, gestisce tutte le fasi di instabilizzazione che motivino un ricovero ospedaliero. Nell'ambito della cura dello SC acuto dovrebbe muoversi secondo protocolli operativi interni che descrivono i criteri di selezione dei pazienti al ricovero nelle diverse strutture, la corretta sequenza dei provvedimenti farmacologici e delle indagini strumentali.

2. Gestione delle cure intermedie

Lo specialista della riabilitazione operante presso strutture ospedaliere interviene nella fase post-acuta della malattia, di riacutizzazione e recidiva dello SC per il paziente che può giovare dell'intervento riabilitativo. La riabilitazione degenziale può essere di tipo ordinario (pazienti ad elevato profilo di rischio cardiovascolare, con morbidità associate o complicanze rilevanti) o essere di tipo intensivo (soprattutto per pazienti con SC in III-IV classe NYHA, che richiedano terapia da titolare o supporto nutrizionale o meccanico).

3. Gestione del malato stabile

Lo specialista nel suo contatto con il paziente ha il compito di definire

a) la diagnosi. b) la causa eziologica c) la stratificazione del rischio.

Imposta la terapia farmacologica che condivide con il MMG e suggerisce il programma di indagini strumentali.

4. Gestione del follow-up

Nell'ambito della gestione territoriale del paziente con SC, lo specialista, cardiologo o internista esegue visite periodiche di controllo e valutazioni strumentali non invasive all'interno dell'Ambulatorio SC. All'interno di strutture diverse come il DH o Day-Service esegue monitorizzazioni telemetriche o terapie infusive di farmaci, e procedure più complesse (cardioversione elettrica, cateterismi, ecc) di competenza cardiologica. Fornisce supporto specialistico al MMG per gli interventi di cura domiciliare e per la gestione di eventi minori.

Per i pazienti in con SC avanzato e in lista per trapianto cardiaco esegue controlli prestabiliti ed informa periodicamente il MMG.

Alla cura specialistica del malato con SC in ambito territoriale dovrebbe partecipare anche lo specialista ambulatoriale, che potrebbe fornire supporto alla corretta impostazione della terapia e al completamento della diagnostica strumentale. Lo specialista ambulatoriale dovrebbe essere coinvolto nei rapporti fra strutture ospedaliere e MMG con la definizione di protocolli di lavoro e di momenti formativi comuni.

5. Aspetti educazionali

Lo specialista, cardiologo o internista, dovrebbe partecipare insieme al personale infermieristico dell'Ambulatorio SC ed al MMG, al completamento della fase educativa del paziente e dei familiari, dalla enunciazione della lettera di dimissione con chiarimenti sulla terapia farmacologica e sugli orari di assunzione dei farmaci, fino a definire le modalità di autogestione semplice della malattia

con il controllo dei parametri vitali e di autocura con la regolazione della terapia diuretica.

6.2.3. Ruolo e funzione del personale infermieristico

Il ruolo dell'infermiere con competenze specifiche per lo SC è di estrema importanza nella cura del paziente sia a livello ospedaliero che territoriale. Sia all'interno della struttura ospedaliera particolarmente nell'ambito dell'Ambulatorio SC che quando presente nel territorio, l'infermiere dovrebbe svolgere importanti compiti quali:

1. l'educazione alla salute del paziente e familiari (counseling)
2. la misurazione di parametri semplici (glicemia, peso, pressione arteriosa etc) per la monitoraggio clinica del paziente
3. l'educazione all'autogestione del diuretico ed autoanalisi di alcuni parametri come diuresi, peso, controllo del polso.
4. la risoluzione di eventi minori, anche in collaborazione con il personale medico
5. la gestione di tecniche di telesorveglianza domiciliare con possibile monitoraggio dei parametri vitali
6. l'aggiornamento dei database e l'organizzazione degli appuntamenti per visite e accertamenti strumentali.
7. l'integrazione dei vari attori operanti nel territorio: dai medici della struttura ospedaliera in fase predimissione da un evento acuto, i medici dell'Ambulatorio SC e i MMG per contribuire a mantenere attivo il processo di continuità assistenziale.
8. l'informazione al paziente, per facilitare gli accessi alle strutture ospedaliere, all'assistenza domiciliare e ai presidi terapeutici domiciliari.

6.2.4. Il paziente e il caregiver

Nel trattamento di tutte le patologie croniche è necessario un patto terapeutico tra medico, infermiere, paziente e caregiver. L'obiettivo di sviluppare nel paziente e nei suoi familiari la capacità di interagire efficacemente con l'infermiere e con il MMG ha grande rilevanza: non sembra infatti attuabile con efficacia una gestione extraospedaliera di un paziente che non sia in grado di riconoscere e comunicare segni e sintomi evolutivi di una qualsiasi patologia cronica. L'equipe sanitaria territoriale dovrebbe pertanto ottenere la più attiva collaborazione del paziente, poichè l'adesione non convinta del soggetto porterebbe all'insuccesso dell'intervento programmato.

Al paziente dovrebbero essere chiare la natura della sintomatologia, l'importanza e la finalità di ciascun farmaco e dei provvedimenti non farmacologici (abolizione del fumo, attività fisica quotidiana, esercizio aerobico, dieta e riduzione del peso vaccinzioni), il rischio di effetti negativi di altri farmaci.

Sia il paziente, sia i familiari o eventuali caregivers dovrebbero essere specificamente formati a riconoscere precocemente il peggioramento sintomatologico, i sintomi di allarme e i sintomi di gravità, e come comportarsi in questi casi (chiedere il controllo del medico, dell'infermiere, prevedere l'autogestione in casi selezionati del diuretico). Il paziente deve avere chiara la necessità di controlli periodici (autocontrollo quotidiano del peso, della diuresi, della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca).

Dovrebbero essere previsti modelli informativi scritti da utilizzare per il paziente, familiari e caregivers e un promemoria con le varie terapie suddivise per i vari orari della giornata.

All'intervento educativo al paziente potranno concorrere anche associazioni non professionali di volontariato o cittadinanza attiva con corsi ed interventi specifici come già in atto con i corsi di rianimazione dell'arresto cardiaco per laici.

6.3 Profilo del paziente da gestire in continuità assistenziale

È nozione comune che lo SC non vada considerato come una patologia omogenea, ma sia piuttosto una sindrome, che riconosce diverse tipologie di malati con caratteristiche differenti anche all'interno della stessa classe funzionale. Tra i tanti fattori importanti di classificazione sono da ricordare:

1. l'eziologia della malattia,
2. l'età ed il quadro clinico,
3. la severità della disfunzione emodinamica,
4. la disfunzione del ventricolo sinistro, destro o di entrambi,
5. la presenza di patologie concomitanti

Ai fini di una corretta impostazione di un percorso gestionale integrato Ospedale-Territorio, tre aspetti sono stati ritenuti fondamentali da questa Consensus per differenziare le caratteristiche del percorso:

- l'età e il quadro clinico
- la presenza di comorbidità
- il substrato sociale e la realtà assistenziale in cui vive il paziente

Sono stati definiti in questo documento cinque differenti percorsi gestionali

1. Prevenzione e screening della disfunzione ventricolare asintomatica
2. Il paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato
3. Il paziente con SC stabile in fase oligo-asintomatica
4. Il paziente con SC severo candidabile al TC
5. Il paziente con SC con comorbidità e/o anziano

La definizione del percorso e il diverso coinvolgimento delle strutture e delle figure professionali territoriali devono tenere in considerazione **il substrato sociale in cui vive il paziente**. Infatti, l'area urbana o rurale di residenza, la struttura familiare di appartenenza, lo stato cognitivo e le condizioni generali di vita, sono tutti fattori che possono modificare il percorso gestionale e l'aderenza ai programmi di cura del paziente con SC al di fuori dell'ospedale.

7. Profili e percorsi assistenziali

7.1 Prevenzione e screening del paziente con disfunzione ventricolare asintomatica

- La disfunzione ventricolare asintomatica dovrebbe essere oggetto di screening
- Il MMG è il primo attore nella identificazione dei pazienti a rischio, per l'attivazione dello screening, l'impostazione dell'intervento terapeutico ed il suo monitoraggio nel tempo
- Lo screening è raccomandato esclusivamente nei soggetti ad alto rischio
- Lo screening ecocardiografico è indicato nei soggetti ad alto rischio per presenza di diabete o ipertensione arteriosa con danno d'organo, cardiopatia strutturale ad alto rischio di evoluzione verso la disfunzione ventricolare asintomatica, esposizione a farmaci cardiotossici, familiarità per cardiomiopatia
- La consulenza e cogestione specialistica è indicata nei pazienti ad alto rischio, per la conferma strumentale, la ricerca eziologica, la stratificazione prognostica e l'intervento terapeutico nella disfunzione ventricolare asintomatica.

Lo SC è una grave sindrome clinica con una storia naturale ben definita: la mortalità è pari al 50% a 5 anni e all'80% a 10 anni dalla diagnosi. Le patologie più frequentemente associate allo sviluppo di SC nella popolazione generale sono la cardiopatia ischemica e la cardiopatia ipertensiva.

La **disfunzione ventricolare asintomatica**, identificabile in presenza di una frazione di eiezione ventricolare sinistra <40%, spesso precede per lungo tempo lo SC conclamato ed aumenta il rischio di morte anche per gradi modesti di compromissione della funzione ventricolare. Trattamenti efficaci quali la terapia con ACE-inibitori e con beta-bloccanti sono in grado di condizionare favorevolmente la prognosi dello SC, anche e soprattutto nelle fasi precoci della malattia.

La disfunzione ventricolare asintomatica soddisfa quindi i criteri per essere oggetto di **programmi di screening** con lo scopo di identificare i pazienti a rischio prima che la malattia si sviluppi, in modo da avviare adeguati programmi di intervento.

Condizione necessaria per una adeguata azione preventiva è il riconoscimento dei soggetti che, rispetto alla popolazione generale, sono a maggior rischio di sviluppare in futuro la malattia, identificabili negli stadi A (soggetti con fattori di rischio) e B (soggetti con cardiopatia strutturale) delle LG dell'American College of Cardiology/American Heart Association.

Lo sviluppo ed il perfezionamento di strategie diagnostiche a costo contenuto improntate sulla valutazione clinica del rischio, associata ad esami semplici e accessibili ad elevato potere predittivo negativo quali l'ECG ed il dosaggio dei peptidi natriuretici (PN), allo scopo di selezionare i pazienti da avviare all'ecocardiogramma, esame di riferimento per la valutazione della funzione ventricolare, potrebbero consentire di estendere la diagnosi precoce ad una consistente proporzione di pazienti con disfunzione ventricolare asintomatica da indirizzare verso il più opportuno iter diagnostico e terapeutico.

7.1.1 Il paziente con fattori di rischio (stadio A)

I soggetti in stadio A sono a rischio di sviluppare una cardiopatia strutturale per fattori di rischio cardiovascolare quali

- ipertensione arteriosa
 - diabete mellito
 - obesità o sindrome metabolica
- o situazioni cliniche come
- insufficienza renale cronica
 - aterosclerosi polidistrettuale
 - assunzione prolungata di farmaci cardiotossici
 - familiarità per cardiomiopatia

L'ipertensione arteriosa costituisce la causa più frequente di sovraccarico di pressione del ventricolo sinistro. Il principale adattamento strutturale all'aumentato carico è lo sviluppo di danno d'organo, l'ipertrofia ventricolare sinistra (IVS), che incrementa di 10 volte il rischio di sviluppare SC.

Il diabete si associa a una prevalenza di disfunzione ventricolare asintomatica doppia, e a un'incidenza di SC da 2 a 5 volte quella della popolazione generale. Incidenza e prevalenza sono destinate ad aumentare a causa della migliore sopravvivenza dei diabetici. Uno dei parametri strettamente legato al rischio di SC nel diabetico è il compenso metabolico. Nel paziente diabetico coesiste frequentemente ipertensione arteriosa, e in presenza di danno d'organo, la disfunzione renale e la cardiopatia ischemica incrementano ulteriormente il rischio di SC.

La **sindrome metabolica** è un fattore di rischio emergente per lo sviluppo di SC: evidenze epidemiologiche legano il dismetabolismo glucidico, l'obesità e la sindrome da insulino-resistenza con la disfunzione ventricolare sin e lo SC.

L'insufficienza renale è un potente elemento prognostico negativo in tutte le affezioni cardio-vascolari: anche gradi modesti di disfunzione renale determinano un aumento del rischio di SC, che si amplifica con il progredire del danno renale soprattutto se l'insufficienza renale cronica è associata/causata da ipertensione, diabete, malattia aterosclerotica sono a rischio di cardiopatia e disfunzione ventricolare.

Nell'ambito delle **cardiomiopatie familiari**, la prevenzione dello SC si lega strettamente allo screening dei familiari degli affetti. La cardiomiopatia dilatativa idiopatica è una diagnosi di esclusione che riconosce un'origine genetica nel 25-60% dei casi. L'analisi genetica della malattia è complessa perché il fenotipo dei pazienti affetti non è specifico e la penetranza della malattia è variabile. In ogni soggetto con diagnosi accertata di cardiomiopatia idiopatica si raccomanda un'anamnesi familiare e l'analisi di pedigree per identificare eventuali membri della famiglia a rischio per lo sviluppo di malattia, avviando questi casi ad un accurato screening clinico-strumentale.

La prevenzione primaria, con l'identificazione dei soggetti esposti, e il controllo dei fattori di rischio, con l'impostazione degli eventi terapeutici e il monitoraggio nel tempo sono compiti del MMG. Nei pazienti ad alto rischio di evoluzione verso lo cardiopatia, il MMG dovrebbe avvalersi della consulenza specialistica, per i pazienti a maggior rischio cardiovascolare, con rilevanti problematiche e situazioni cliniche complesse non controllate dagli interventi di primo livello.

7.1.2 Il paziente con cardiopatia strutturale (stadio B)

I soggetti in stadio B hanno una cardiopatia nota ad alto rischio di evoluzione verso lo SC in particolare:

1. ipertensione arteriosa con danno d'organo: ipertrofia ventricolare sinistra, sovraccarico ventricolare sinistro, BBS
2. diabete complicato (microalbuminuria, vasculopatia, etc)
3. insufficienza renale cronica severa
4. pregresso infarto miocardico
5. rimodellamento ventricolare, incluse l'ipertrofia ventricolare sinistra e la disfunzione ventricolare sinistra asintomatica
6. malattia valvolare significativa asintomatica.

In questi soggetti a rischio elevato dovrebbe essere avviato lo screening per la disfunzione ventricolare asintomatica (Fig. 10).

Nei pazienti con ipertensione con danno d'organo, diabete complicato, IRC severa, pur essendo ragionevole ipotizzare nel tempo la ripetizione di un controllo ecocardiografico, non è possibile allo stato attuale, per la carenza di dati epidemiologici nazionali e di carte del rischio validate, definire la periodicità della ripetizione dello screening. Nei soggetti con primo esame non indicativo di disfunzione ventricolare, alla luce delle promettenti esperienze sull'impiego dei peptidi natriuretici nello screening, dovrebbe essere preso in considerazione il ricorso ad accertamenti di primo livello (ECG e dosaggio dei PN) per selezionare i soggetti da avviare alla ripetizione dell'ecocardiogramma.

Per i soggetti indicati ai punti 5 e 6 è raccomandato in prima istanza lo screening ecocardiografico periodico:

- nei soggetti con anamnesi familiare di cardiomiopatia idiopatica, con ripetizione dell'esame in caso di negatività ogni 3-5 anni dall'età di 15-18 fino a 40-50 anni.
- nei pazienti esposti a farmaci cardiotossici la periodicità dell'ecocardiogramma sarà dettata dalla coesistenza di altri fattori di rischio e dal tipo, dosaggio, protocollo di trattamento chemioterapico utilizzato.

La maggior parte dei casi di SC complica acutamente la cardiopatia ischemica. La disfunzione sistolica post-infartuale del ventricolo sinistro dipende principalmente dal numero di segmenti asinergici. L'ecocardiogramma è quindi un esame fondamentale per la gestione dei pazienti con cardiopatia ischemica acuta e cronica. La funzione cardiaca dovrebbe essere rivalutata precocemente per la guida alla terapia in presenza di significative zone asinergiche e/o disfunzione ventricolare dopo 30-90 giorni dall'evento acuto. In assenza di modificazioni dello stato clinico o di procedure di rivascularizzazione, la ripetizione dell'ecocardiogramma non è raccomandata dalle LG entro 1-2 anni dall'evento acuto. In particolare nei pazienti ad alta probabilità di evoluzione silente della cardiopatia ischemica verso la disfunzione ventricolare, la strategia che utilizza ECG e PN associati alla valutazione clinica dovrebbe essere presa in considerazione come utile alternativa alla ripetizione dell'esame ecocardiografico prima di 1-2 anni dall'evento indice.

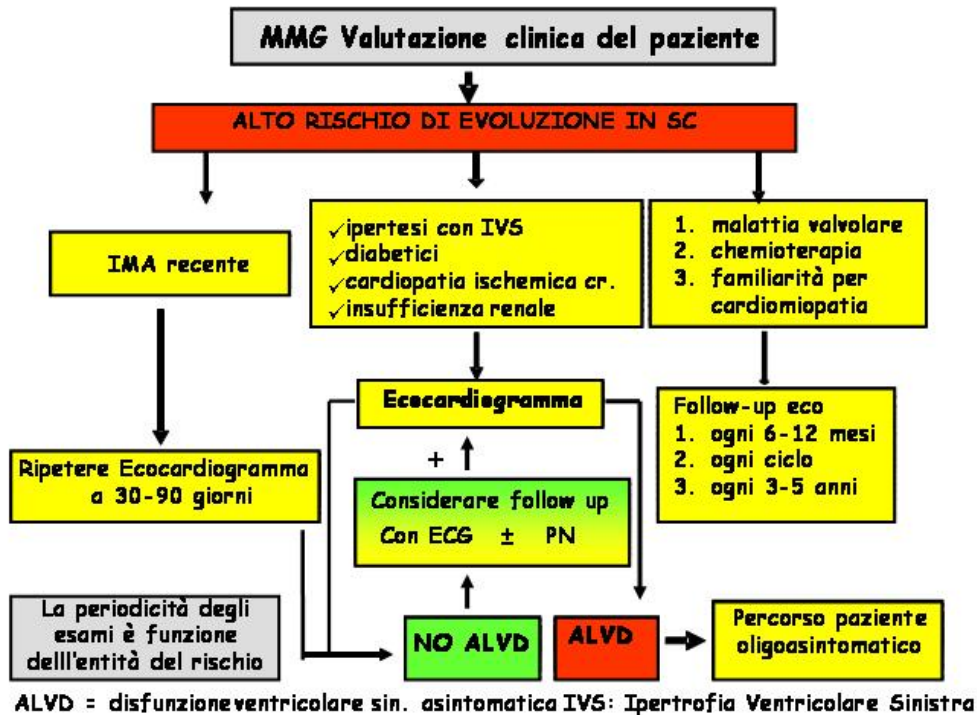


Fig. 10 Diagramma di flusso per lo screening della disfunzione ventricolare

I pazienti con cardiopatia organica stabile e di lieve entità quali:

- soggetti giovani con cardiopatia ischemica (anche post-infarto) stabilizzata, con malattia coronarica e danno miocardico non estesi, senza ischemia residua e senza altri fattori di rischio oppure ove questi, (dislipidemia, ipertensione, fumo di sigaretta, sedentarietà) siano ben controllati o risolti
- malattie valvolari di lieve entità in pazienti asintomatici
- tachiaritmie sopraventricolari in efficace trattamento profilattico delle recidive o se non possibile il mantenimento del ritmo sinusale, con un buon controllo della frequenza ventricolare
- ipertensione con IVS in trattamento efficace, sia per il controllo dei valori pressori che per la scelta del farmaco adeguato al profilo di rischio del paziente

dovrebbero essere gestiti principalmente dal MMG, che si avvarrà degli esami di primo livello, come ECG, Rx torace o PN, qualora vi sia il sospetto di una modificazione delle condizioni cliniche in senso peggiorativo, ricorrendo alla valutazione specialistica in base al risultato di tali valutazioni clinico-strumentali.

Nei pazienti con

- valvulopatia sintomatica senza sintomi di SC
- valvulopatia asintomatica ma con lesione valvolare severa
- cardiopatia ischemica complessa in particolare
 - sindrome coronarica acuta recente, disfunzione ventricolare, anziani con coesistenti diabete e ipertensione
 - malattia coronarica cronica estesa non rivascolarizzabile e ischemia inducibile
 - malattia coronarica acuta e cronica ed ischemia in trattamento non ottimale soprattutto se IMA anteriore o esteso

la gestione del MMG deve avvalersi del supporto attivo, fino alla presa in carico se necessario, delle strutture specialistiche.

7.2 Il paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato

- Adozione di percorsi intraospedalieri personalizzati per tipologia e collocazione dell'ospedale
- Assegnazione del paziente al reparto di ricovero in base alla necessità di monitoraggio/trattamento intensivo e diagnostica/interventistica avanzata
- Gestione multidisciplinare durante la degenza con attivazione di consulenza cardiologica, internistica o disciplina specialistica di settore
- Attivazione dell'osservazione breve in PS/DEA per i pazienti a basso rischio
- Istituzione di Ambulatorio specialistico
- Riferimento del paziente dimissibile all'Ambulatorio specialistico per:
 - primo controllo post dimissione se problematiche complesse/labilità clinica
 - problematiche attive (stratificazione per morte improvvisa e/o trapianto cardiaco, indicazione a valutazione invasiva/interventistica avanzata)
 - presa in carico in caso di SC avanzato
- Lettera di dimissione con indicazione di piano di mantenimento e controllo a domicilio con coinvolgimento del MMG

La complessità del quadro clinico dello scompenso acuto, l'elevata mortalità intraospedaliera, la lunga durata della degenza, la necessità di allinearsi ad indicatori di qualità del processo di cura adottati a livello internazionale, rendono auspicabile in ogni presidio ospedaliero l'adozione di protocolli condivisi e personalizzati in relazione al tipo e alla collocazione della struttura, sia per consentire il ricorso al ricovero in situazioni clinicamente appropriate che per ottimizzarne il percorso intraospedaliero

intraospedaliero Il 40% dei pazienti ricoverati è al primo episodio di scompenso acuto ed in questi casi c'è la necessità di un precoce inquadramento diagnostico completo.

L'elevata frequenza delle riospedalizzazioni per SC impone un'attenta riflessione sulle più efficaci modalità di dimissione e sull'integrazione territoriale dell'assistenza al paziente scompensato.

7.2.1 Indicazioni al ricovero

L'indicazione al ricovero è funzione della rapidità d'esordio, del livello di gravità clinica e della presenza di condizioni concomitanti.

L'ospedalizzazione potenzialmente prevenibile attraverso una più attenta sorveglianza clinica del paziente con scompenso cronico al di fuori dell'ospedale, rappresenta spesso l'esito di un fallimento di percorsi assistenziali extraospedalieri. Al momento dell'accesso al PS/DEA, il ricovero può rivelarsi appropriato, non solo per motivi esclusivamente medici, ma anche perché spesso intervengono fattori sociali che non rendono possibile una gestione a domicilio.

Indicazioni al ricovero

Ricovero immediato

- edema polmonare,
- fc >120 /min sinusale
- PA sistolica <75 mmHg,
- ipoperfusione cerebrale

Ricovero urgente

- nuovi segni di congestione e ipoperfusione,
- distensione epatica, ascite, anasarca
- instabilizzazione emodinamica se concomita malattia non cardiaca

Ricovero rapidamente programmato

- rapida riduzione della sodiemia [<130 meq/L]
- creatininemia \uparrow di 2 volte o $>2,5$ mg/dl,
- persistente congestione periferica e polmonare a riposo

La dispnea determina con maggior frequenza l'ospedalizzazione rispetto al dolore toracico, anche per la minore disponibilità di marcatori diagnostici e strumenti prognostici validati per una accurata **stratificazione del rischio**. In letteratura, età avanzata, una bassa pressione sistolica, un'aumentata frequenza respiratoria, l'iperazotemia, l'iposodiemia, la creatinina elevata e la presenza di comorbilità sono associati a più elevato rischio di decesso a breve termine.

Fra i vari indici utili ad una stratificazione prognostica, i valori persistentemente elevati dei PN sembrano identificare pazienti a maggior rischio di esito sfavorevole o riospedalizzazione.

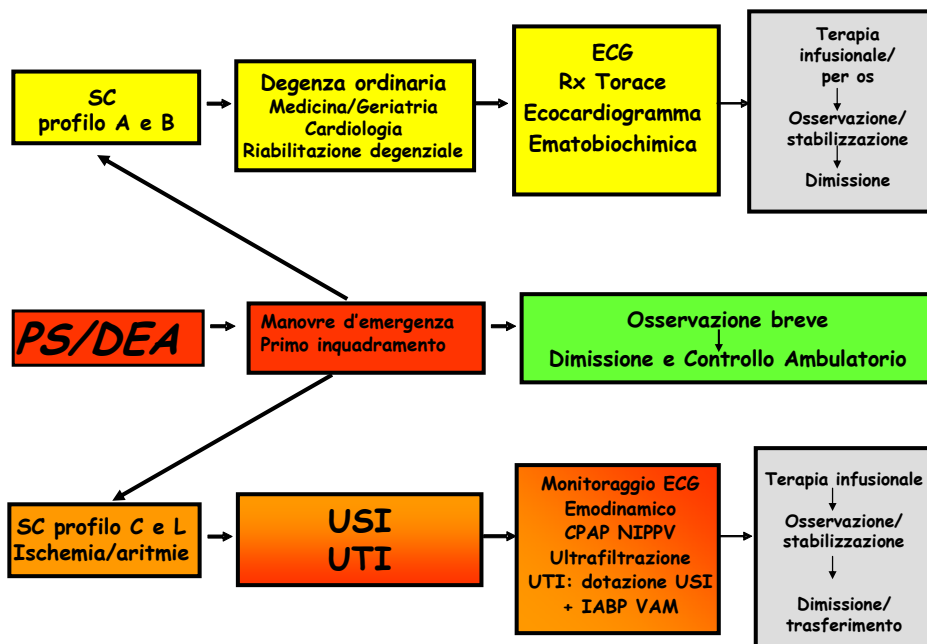
7.2.2 La scelta del luogo di cura

Il PS/DEA è lo snodo iniziale del percorso del paziente con SC acuto. In PS/DEA viene eseguito il primo inquadramento diagnostico ed i provvedimenti terapeutici d'urgenza, quali rianimazione cardiopolmonare, terapia infusionale, ventilazione assistita, volti a stabilizzare il paziente ed il primo inquadramento diagnostico. Accanto all'anamnesi e all'esame obiettivo, al profilo ematochimico e all'emogasanalisi e all'esecuzione di ECG e Rx torace, è auspicabile la diffusione del dosaggio dei PN per la diagnosi differenziale della dispnea acuta in pazienti senza cardiopatia nota.

L'invio al reparto di degenza più appropriato è funzione del profilo di gravità del paziente (Fig.11). La classificazione di Stevenson et al., basata su una valutazione clinica della congestione e della perfusione appare diffusamente impiegabile per un primo inquadramento del paziente e per ottenere indicazioni di massima sulla sede di ricovero.

Secondo questa classificazione si distinguono 4 profili di gravità:

- A** = caldo e asciutto
- B** = caldo e congesto
- C** = freddo e asciutto
- L** = freddo e congesto



A = caldo e asciutto (ipovolemico?); B = caldo e congesto; C = freddo e asciutto; L = freddo e congesto

Fig.11 Percorso intraospedaliero in base al profilo di gravità del paziente con SC

In **Unità di Terapia Intensiva** (UTI, Unità Coronarica o talora Medicina d'Urgenza) dovrebbero essere ricoverati, per il tempo strettamente necessario al conseguimento di una adeguata stabilizzazione, i pazienti con ischemia acuta, scompenso refrattario, instabilità elettrica e/o emodinamica, soprattutto se potenziali candidati ad intervento cardiocirurgico o impianto di assistenza ventricolare come ponte al recupero o al trapianto di cuore. Nell'Unità di Terapia Intensiva possono essere attuati il monitoraggio elettrocardiografico, emodinamico invasivo e non invasivo, la contropulsazione aortica, l'ultrafiltrazione, la ventilazione invasiva e non invasiva. Una breve degenza in UTI per stabilizzazione ischemica o aritmica può essere prevista anche in pazienti con severo profilo di comorbilità. Tuttavia il ricovero in UTI dovrebbe essere discusso accuratamente per quei pazienti con quadro di malattia e disabilità o deficit cognitivo severo e/o patologie associate che limitino fortemente l'aspettativa di vita a breve termine.

Ad un'**Unità Semintensiva** (USI, Cardiologia o Medicina d'Urgenza, Unità dello Scompenso Cardiaco) dotata di monitoraggio telemetrico dell'ECG ed emodinamico invasivo e non invasivo, ventilazione non invasiva con pressione continua positiva (CPAP) o con supporto ventilatorio (NIPSV) dovrebbero afferire pazienti instabili, con scompenso de novo o cronico instabilizzati per una qualunque causa.

Nei reparti di **Degenza Ordinaria** (Cardiologia, Medicina/Geriatria) potranno essere ricoverati i pazienti a basso rischio, senza necessità di monitoraggio emodinamico o supporto meccanico-respiratorio.

7.2.3 Il percorso intraospedaliero: trasferimenti interni

L'organizzazione intraospedaliera sulla base dei PDT interni dovrebbe strutturare l'invio e il trasferimento alle unità di degenza ordinaria secondo specifici criteri di

selezione, ove logisticamente possibile in base alla disponibilità di posti letto, fermo restando il principio di gestione integrata multidisciplinare, che dovrebbe prevedere il reciproco supporto di cardiologi ed internisti.

Criteria di invio o trasferimento

dalla Medicina alla Cardiologia

- necessità di approfondimento diagnostico,
- patologia valvolare significativa,
- ischemica attiva con indicazioni a indagine diagnostica invasiva o rivascolarizzazione
- problematiche aritmiche con necessità di monitoraggio/terapia specifica o impianto di CRT-ICD

dalla Cardiologia alla Medicina

- una volta raggiunta adeguata stabilizzazione clinica, ischemica, aritmica,
- se persistenza di problematiche attive di tipo internistico

in riabilitazione degenziale o residenziale intensiva

- condizioni cliniche tali da permettere un trattamento riabilitativo
- possibilità di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero, con risultato atteso di rientro nella comunità, con o senza supporto, o passaggio ad un altro livello di cure riabilitative (ambulatoriale, domiciliare ecc.).
- alto rischio di potenziale instabilità clinica che richieda disponibilità continuativa nelle 24 ore di prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative ad elevata intensità
- trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi

Il trasferimento dalla Cardiologia alla Medicina dovrebbe essere favorito da opportuni accordi/protocolli gestionali interni in modo da permettere con maggiore facilità il ricovero in ambiente cardiologico di pazienti avanzati e/o anziani con necessità di terapia intensiva/monitorizzazione nella fase iniziale di stabilizzazione, ma con necessità di completamento della degenza in strutture internistiche.

Sono candidati a riabilitazione degenziale intensiva pazienti con SC in III-IV classe NYHA o che richiedano terapie da titolare o infusive o supporto nutrizionale o meccanico o che necessitino di trattamento riabilitativo intensivo.

Lo scompenso acuto *de novo*, di qualunque eziologia e gravità, richiede un precoce e completo inquadramento fisiopatologico ed eziologico e nella maggioranza dei casi è da considerarsi indicazione al ricovero in un ambiente adeguato al completamento dell'iter diagnostico, in base al profilo clinico di gravità (Fig.12).

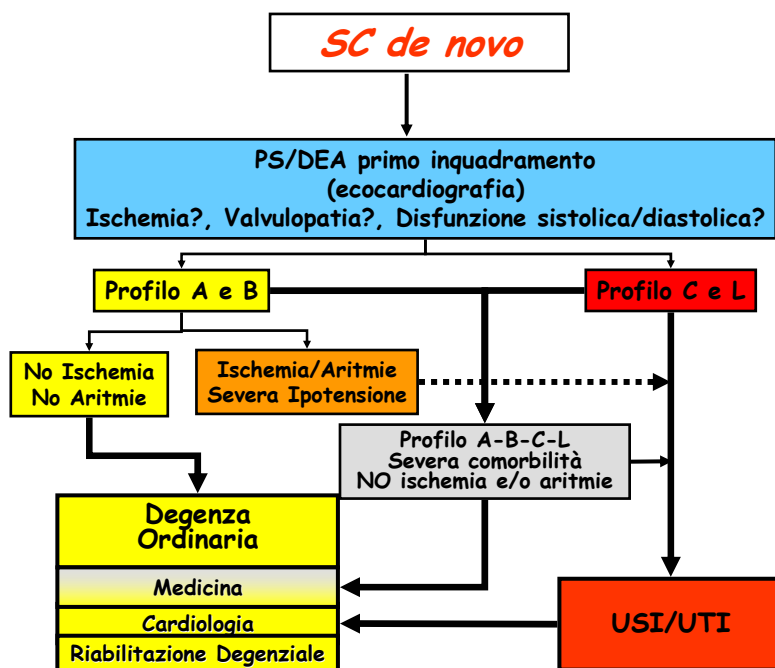


Fig.12 Percorso intraospedaliero del paziente con SC de novo

La Fig.13 illustra il diagramma di flusso nei casi di SC cronico riacutizzato. Nei pazienti con basso profilo clinico di gravità e scarsa compromissione emodinamica può essere attivata l'osservazione breve in PS/DEA, per il tempo necessario a documentare un soddisfacente miglioramento clinico con terapia infusionale, con la possibilità di evitare un ricovero ospedaliero in degenza continuata.

Questi pazienti dovrebbero essere rinvii a domicilio con un appuntamento di follow-up per rivalutazione presso l'Ambulatorio/Day Hospital ospedaliero a 24-48 ore e segnalazione al MMG.

La possibilità di riferire ad una struttura ambulatoriale dell'ospedale sia i pazienti dimessi da ricovero ordinario che i soggetti rinvii a domicilio dopo osservazione breve in PS/DEA, ma considerati a rischio di ulteriore instabilizzazione, rappresenta uno dei punti qualificanti di un percorso sanitario finalizzato alla gestione integrata dello SC.

L'Ambulatorio dello SC, con disponibilità di day hospital, e personale infermieristico *dedicato* con specifiche competenze, dovrebbe rappresentare il punto di continuità assistenziale per i pazienti con SC grave e svolgere attività di consulenza per altri reparti di degenza e per le strutture territoriali.

La gestione dell'Ambulatorio dello SC dovrebbe essere ove possibile multidisciplinare, ma le caratteristiche organizzative saranno necessariamente funzione della tipologia della struttura, del case-mix e della complessità clinica delle patologie trattate.

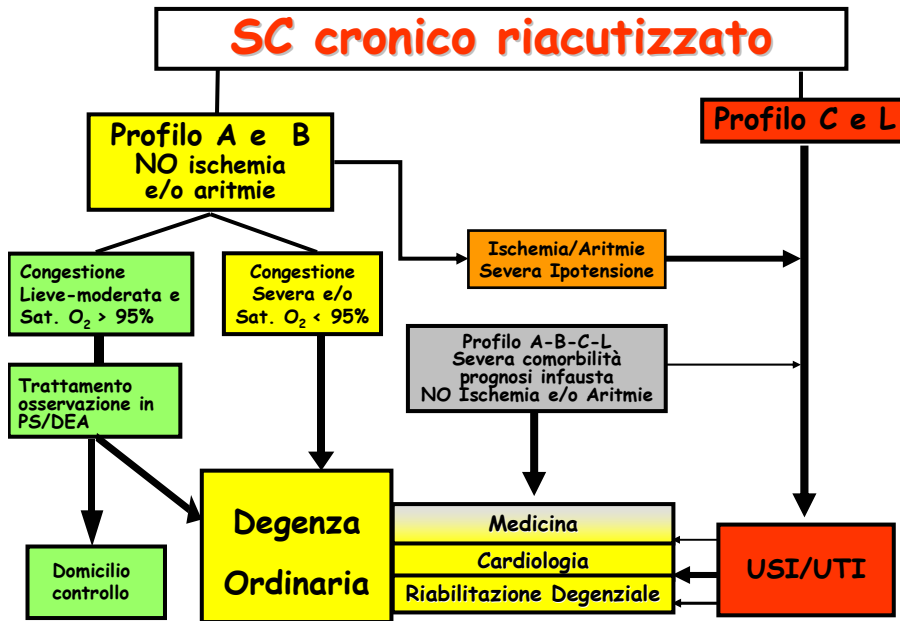


Fig.13 Percorso intraospedaliero del paziente con SC cronico riacutizzato

In assenza di risposta al trattamento medico, in molti casi di SC acuto, *la cardiochirurgia* può rivestire un ruolo determinante nell'influenzare positivamente la prognosi dei pazienti. Le opzioni chirurgiche comprendono la rivascolarizzazione diretta per ischemia miocardica acuta o cronica, la correzione dell'insufficienza mitralica funzionale, la ricostruzione del ventricolo sinistro in presenza di estese aree asinergiche post- infartuali, la correzione di patologie strutturali della valvola mitrale ed aortica o, in caso di accertata irreversibilità della disfunzione, assistenza circolatoria meccanica permanente e trapianto cardiaco.

Nelle situazioni di instabilizzazione, pre-requisiti fondamentali per un corretto utilizzo dei sistemi di *assistenza circolatoria meccanica* sono la realistica possibilità di un recupero neurologico, l'assenza di insufficienza multiorganica e di comorbilità severe e la sussistenza di condizioni di possibile recupero della funzione cardiaca, di trapiantabilità o di assistenza circolatoria permanente (Fig.14).

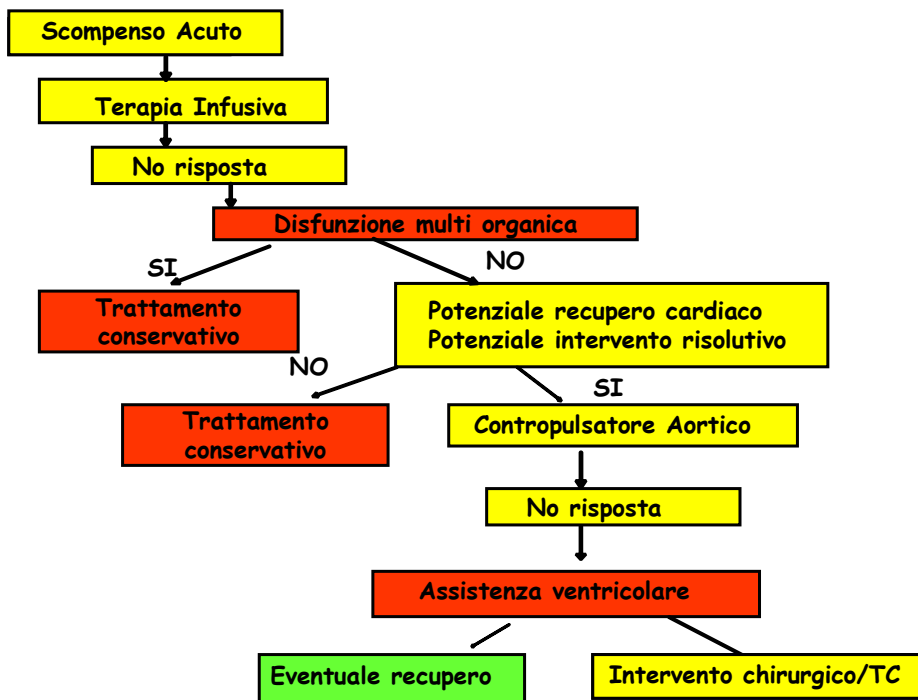


Fig.14 Diagramma di flusso per l'indicazione ad assistenza ventricolare meccanica

7.2.4 Le cure intermedie

Il trasferimento in regime di ricovero in strutture per *cure intermedie* dovrebbe essere preso in considerazione per tutti i pazienti che, sufficientemente stabili per la dimissione ma non in grado di rientrare a domicilio, andrebbero altrimenti incontro a degenze inutilmente protratte o ricoveri inappropriati in strutture per acuti.

Le strutture di cure intermedie comprendono reparti di lungo-degenza o di post-acuzie, e strutture specialistiche riabilitative.

Obiettivo delle cure intermedie è la prosecuzione di un percorso che comporti terapia medica, trattamento riabilitativo, e opportunità per il recupero fisico di durata temporalmente limitata con l'obiettivo di massimizzare l'autosufficienza del paziente e consentire il rientro a domicilio in sicurezza.

In caso di dimissione in condizioni stabilizzate può essere indicato un intervento di recupero funzionale attraverso un programma strutturato di training fisico. La *riabilitazione intensiva in Day Hospital* può essere attuata se il paziente:

- a) ha indicazione ad un intervento riabilitativo di elevata intensità o comunque prolungato nell'ambito della stessa giornata, da somministrarsi con l'approccio multiprofessionale più adeguato spesso anche plurispecialistico;
- c) presenta condizioni cliniche generali che gli permettono di tollerare sia tale intervento che i trasferimenti quotidiani da e per il proprio domicilio;
- d) è clinicamente stabile in misura tale da non aver bisogno di assistenza sanitaria continuativa per 24 ore al giorno.

7.2.5 La dimissione dopo un ricovero per SC acuto

La corretta gestione della fase di dimissione consente di consolidare i risultati favorevoli ottenuti nel corso del trattamento ospedaliero e di instaurare efficacemente un percorso integrato in continuità con il territorio.

La dimissione deve avvenire solo dopo almeno 48 ore di sospensione della terapia stabilizzazione avvenuta in terapia orale, con raggiungimento del peso secco,

definizione del range pressorio accettabile, se il paziente è in grado di deambulare, in assenza di dispnea o vertigine.

Per programmare la dimissione è opportuno prendere precocemente in considerazione durante la degenza, oltre al profilo clinico, le caratteristiche culturali del paziente, il contesto socio-sanitario, presenza e qualità del supporto familiare, la disponibilità di assistenza domiciliare.

Nel pianificare la continuità assistenziale per il paziente con SC dopo il ricovero appaiono centrali l'informazione e il riferimento al MMG, che riprenderà in carico il paziente dopo una fase di ospedalizzazione. E' pertanto auspicabile realizzare le condizioni perché il MMG venga adeguatamente informato del percorso ospedaliero del proprio malato, soprattutto al momento della dimissione.

Importanti elementi di comunicazione al momento della dimissione dall'ospedale sono: a) **la lettera di dimissione**; b) **il contatto verbale/internet/altro** con l'equipe ospedaliera di riferimento.

La **lettera di dimissione** dovrebbe sempre essere intesa come strumento cardine della continuità assistenziale e contenere

- il motivo del ricovero con indicazione di possibili cause di instabilizzazione
- modalità di presentazione clinica
- diagnosi eziologica dello SC
- severità della patologia e stratificazione del rischio di eventi
- valutazione della presenza di comorbilità
- dati dettagliati relativi ad esami laboratoristici/strumentali e consulenze specialistiche effettuati
- terapie farmacologiche e non praticate durante il ricovero,
- terapia prescritta alla dimissione, con indicazione di eventuali variazioni rispetto al trattamento precedente il ricovero
- indicazioni per la titolazione dei farmaci
- programma di follow-up a breve termine
- necessità di supporto infermieristico domiciliare/assistenza sociale
- contatti telefonici preferenziali per comunicare col centro per problemi acuti
- indicazione e contenuti di specifiche attività formative indirizzate al paziente e dei familiari sulla malattia, la terapia impostata, e principi di autogestione.

Per i casi più complessi alla dimissione dopo un episodio di SC acuto, dovrebbe essere programmato l'eventuale supporto specialistico. Per i pazienti con SC severo, con gravi comorbilità, anziani fragili, dimessi dopo una fase di instabilizzazione, è auspicabile un controllo precoce dopo 7-30 giorni secondo il livello di severità della malattia per verifica della stabilità clinica, ottimizzazione terapeutica e risoluzione delle problematiche aperte presso la struttura ospedaliera .

In relazione all'elevata prevalenza di ricoveri per SC nei reparti di Medicina, il controllo ambulatoriale post-dimissione presso l'Ambulatorio specialistico dedicato (multidisciplinare, cardiologico o internistico) dovrebbe essere incentivato per tutti i pazienti che presentino le caratteristiche sopra citate.

La **ripresa in carico da parte del MMG** dopo la dimissione deve mirare alla globalità delle problematiche sanitarie del malato ed al suo specifico contesto sociale e familiare e contemplare la condivisione con il paziente di tutti gli aspetti della cura. La complessità del regime farmacologico in dimissione e la difficoltà di sovrapporlo a piani terapeutici precedenti, rappresentano fattori di rischio rilevanti per

l'incongrua assunzione di trattamenti talora anche per motivazioni apparentemente banali.

E' utile fornire al malato strumenti di autocontrollo in forma di diario del paziente dove possano essere annotati i parametri fisiologici automisurati o rilevati in occasione dei controlli clinici, il regime terapeutico con modalità e orari di assunzione dei farmaci

la tempistica dei controlli ambulatoriali e specialistici e i recapiti telefonici di riferimento

E' opportuno che nella programmazione dei controlli ambulatoriali o, ove necessario domiciliari, il MMG predisponga sempre la possibilità di verifica dell'adesione al programma di cure e di rianalisi con il paziente e i familiari della terapia in corso.

7.3 Il paziente stabile oligo-asintomatico

- Principale figura di riferimento per l'assistenza al paziente stabile oligo-asintomatico è il MMG che pianifica in maniera multidisciplinare le cure
- Il MMG avvia il percorso diagnostico ambulatoriale
- Il MMG si avvale della consulenza specialistica per inquadramento eziologico, stratificazione prognostica, impostazione terapeutica
- Il follow-up periodico del MMG è almeno trimestrale, con focus su verifica della stabilità clinica, rinforzo della compliance, prevenzione e riconoscimento precoce delle instabilizzazioni, educazione del paziente
- Il MMG richiede consulenza specialistica per peggioramento senza pronta risposta alla terapia, comparsa di angina e/o ischemia, aritmie, progressione della disfunzione ventricolare, con la possibilità di presa in carico temporanea per la gestione delle stesse problematiche da parte dello specialista
- E' auspicabile l'utilizzo dei peptici natriuretici come strumento di monitoraggio

La grande maggioranza dei pazienti con SC sono da un punto di vista della capacità funzionale collocabili nelle classi a minore compromissione (NYHA I e II), in fase di stabilità clinica. Peraltro morbilità e mortalità in questo gruppo di pazienti non sono trascurabili: nel Registro Italiano IN-CHF il tasso annuale di ospedalizzazione per tutte le cause in questi pazienti è compreso fra il 13 e il 20%, e la mortalità annuale tra il 4 e l' 8.5%

7.3.1 L'inquadramento

Nei pazienti stabili oligoasintomatici, il PDT, adeguatamente condiviso tra le diverse strutture ospedaliere e tra ospedale ed il territorio, dovrebbe essere in particolare volto alla **conferma diagnostica**, alla **definizione eziologica** dello SC e alla **stratificazione del rischio** globale ed aritmico.

Il MMG, in presenza di un sospetto di disfunzione ventricolare oligo-asintomatica o SC, dopo una prima valutazione di gravità ed una iniziale impostazione terapeutica, dovrebbe avviare le necessarie indagini per la conferma della diagnosi.

Come raccomandato dalle LG, procederà con accertamenti di laboratorio mirati all'esclusione di patologie che pongono dubbi di diagnosi differenziale e degli esami strumentali di primo livello: ECG, Rx torace e dosaggio dei PN (Fig.14). In caso di positività degli esami di primo livello si procederà nell'iter diagnostico.

L'esame strumentale indispensabile per la valutazione del paziente con SC è l'ecocardiogramma che fornisce informazioni anatomo-funzionali sulle alterazioni delle valvole cardiache, sulla funzione del miocardio e sul pericardio.

In caso di fondato sospetto di eziologia ischemica, di severa disfunzione ventricolare sinistra o di aritmie ventricolari minacciose o sintomatiche è necessaria la consulenza specialistica per valutare l'indicazione alla coronarografia.

La coronarografia potrà essere dilazionata nei pazienti stabili in presenza di un fattore favorente la disfunzione VS e/o lo SC (ipertensione arteriosa, aritmie ipercinetiche sostenute, introito alcolico) rivalutandone le indicazioni dopo la rimozione o il controllo di tali fattori.

L'indicazione e l'esecuzione di procedure più complesse, come la biopsia endomiocardica, va posta in centri di riferimento di terzo livello, con particolare esperienza nello studio dei pazienti con malattie del miocardio

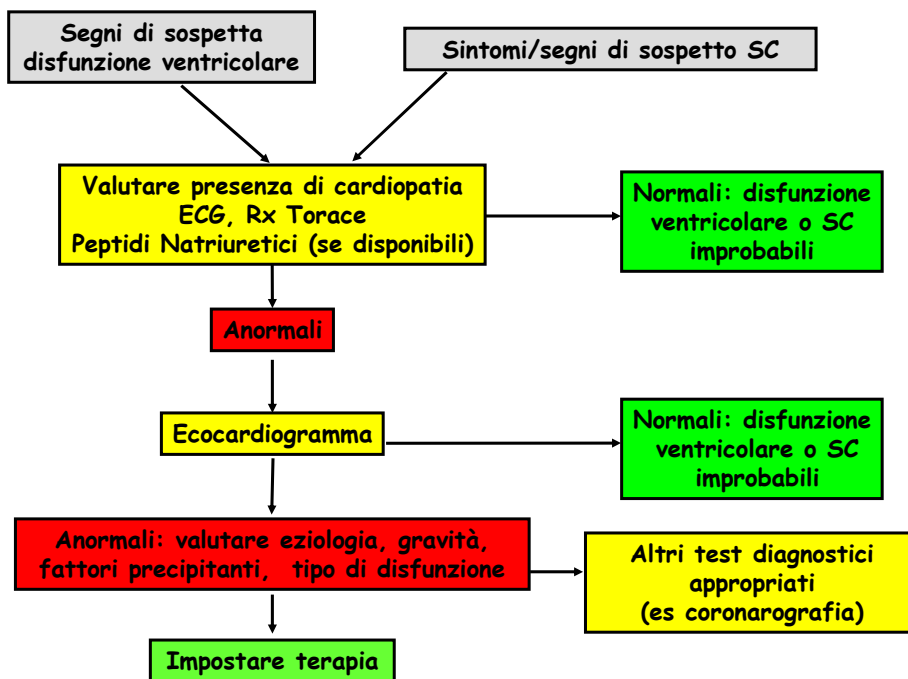


Fig.15 Diagramma di flusso per la diagnosi di SC

L'impostazione della terapia e la sua ottimizzazione in conformità con le linee guida, potranno essere svolte autonomamente dal MMG, in relazione alla specifica formazione, o con l'ausilio dello specialista, che dovrebbe essere consultato in situazioni complesse, quali patologie concomitanti che impongano cautela nell'implementazione dei farmaci raccomandati (Fig.16).

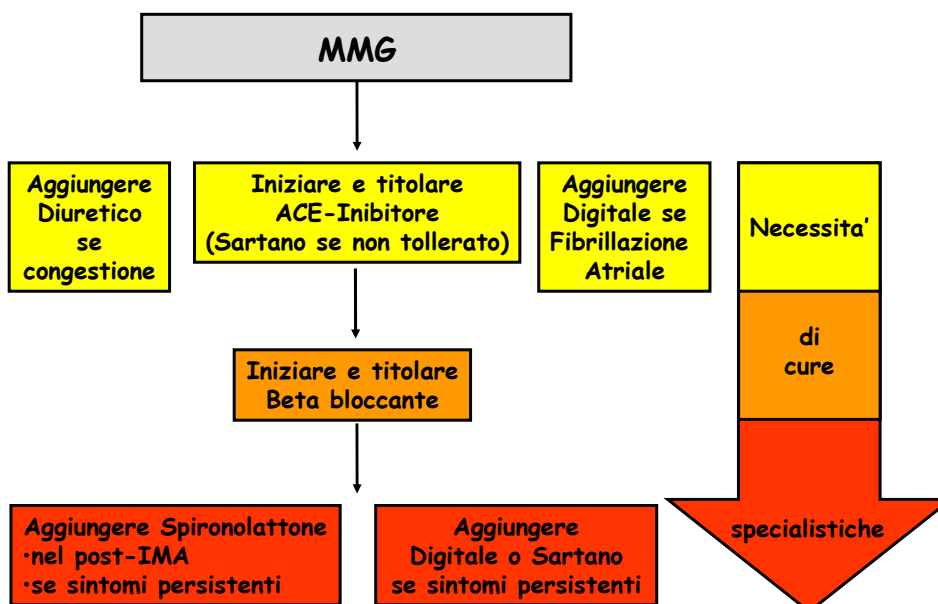


Fig.16 Impostazione della terapia farmacologica e coinvolgimento specialistico

La *stratificazione prognostica* andrebbe condotta in ambito di Ambulatorio specialistico. Nei pazienti oligo-asintomatici, apparentemente stabili, è particolarmente indicata l'accurata valutazione del rischio di morte improvvisa, per

la più lunga potenziale aspettativa di vita e la probabilità che nel tempo possano scatenarsi eventi aritmici maggiori, talora in relazione a fattori transitori e reversibili, poichè la morte improvvisa aritmica incide in proporzione maggiore nelle classi meno avanzate della malattia.

7.3.2 Gestione del follow-up

Il follow-up del paziente con disfunzione ventricolare oligo-asintomatica e/o SC è compito professionale del MMG, il quale concorderà con lo specialista di riferimento il programma di monitoraggio personalizzato e le visite di controllo periodico da parte della struttura territoriale od ospedaliera.

Lo *specialista*, ospedaliero o ambulatoriale, ha il compito di suggerire il piano delle indagini strumentali ed eseguire visite periodiche di controllo ed esami strumentali non invasivi nell'ambito dell'Ambulatorio SC o procedure più complesse in DH o Day-Service. L'*infermiere con competenze specifiche* per lo SC è importante per la continuità assistenziale sia a livello delle strutture ospedaliere (Ambulatorio SC) che in quelle territoriali (Distretto) in particolare per gli aspetti educazionali del paziente e del caregiver (vedi cap. 6.2.3)

La gestione del follow-up periodico del MMG terrà conto dei livelli di rischio del singolo paziente e delle specifiche modalità operative del setting della Medicina Generale. Il MMG dovrebbe pianificare i controlli clinici programmando i contatti routinari (per la ripetizione delle ricette, dei controlli pressori, degli esami ematochimici e strumentali), in modo da garantire gli obiettivi del follow-up stesso:

- a) coinvolgimento del paziente,
- b) identificazione precoce di possibile peggioramento della malattia e delle sue cause, c) costante adeguamento della terapia in termini di tipo e dosaggio di farmaci.

Il follow-up periodico del MMG sarà mirato in particolare alla *verifica e al rinforzo dell'aderenza* del paziente al piano di cura in tutte le sue componenti, farmacologiche e non farmacologiche, e alla *verifica della stabilità clinica*

Criteri di stabilità clinica nello SC

Criteri clinici

- Bilancio idrico stabile, incremento del dosaggio del diuretico ≤ 1 volta a settimana
- Assenza di segni di congestione (ortopnea, edema, ascite)
- Pressione arteriosa stabile con sistolica > 80 mmHg (valori più alti negli anziani)
- Assenza di sintomi riferibili ad ipotensione posturale
- Frequenza cardiaca ≥ 50 , ≤ 100 (in generale)
- Assenza di angina, o angina stabile da sforzo
- Assenza di aritmie maggiori sintomatiche (scarica dell'ICD ≤ 1 /mese)
- Capacità funzionale invariata

Criteri di laboratorio

- Funzione renale stabile (creatininemia $< 2,5$ mg/dl)
- Natriemia stabile (>133 mEq/L)
- Consumo massimo di O_2 senza significative variazioni (<2 ml/g/min)

Appare auspicabile la diffusione dei PN come strumento ausiliario di monitoraggio per la verifica della stabilità clinica: incrementi significativi dei PN rispetto a valori rilevati in fase di stabilità dovrebbero spingere ad ulteriori accertamenti.

Il MMG dovrebbe gestire i provvedimenti di primo livello in caso di instabilità che non configuri urgenza in relazioni alla gravità del quadro clinico di base (es. aumento diuretici, modifiche terapia antipertensiva, ecc).

In presenza di significative modificazioni del quadro clinico il MMG dovrebbe ricorrere alla consulenza specialistica (Fig.17)

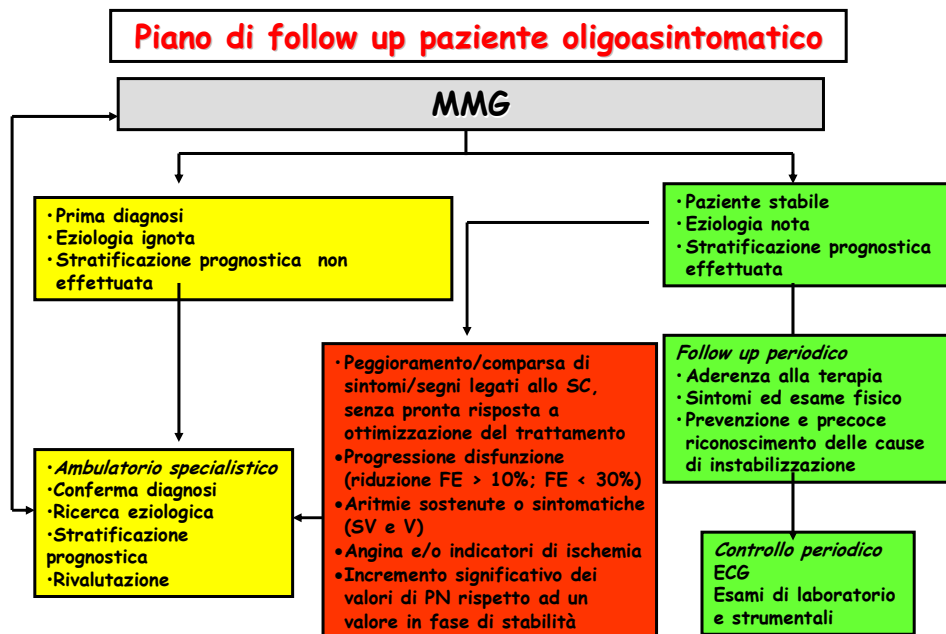


Fig. 17

Il MMG che conosce dettagliatamente la storia clinica extracardiaca del malato dovrebbe valutare la presenza di possibili fattori precipitanti potenzialmente rimuovibili, che sono alla base dell'instabilizzazione clinica in una rilevante proporzione (almeno 40%) dei casi, L'individuazione di tali fattori dovrebbe essere alla base della programmazione di un intervento terapeutico e/o di un intervento educativo mirato al problema.

7.4 Il paziente con SC avanzato candidabile al trapianto cardiaco (TC) e/o all'assistenza ventricolare

- Il paziente con SC severo è prevalentemente in carico alle cure specialistiche
- La presa in carico del paziente complesso richiede un Ambulatorio dello SC, o una equipe medico-infermieristica dedicata
- Il follow-up dei pazienti con SC severo stabili o che necessitino di inquadramento diagnostico o ottimizzazione terapeutica può essere svolto da equipe dedicate alla cura dello SC, mentre pazienti instabili, candidabili al TC o in prospettiva di soluzioni chirurgiche non tradizionali sono sotto la cura diretta del PTC, in regime di ricovero o di controlli ambulatoriali ravvicinati secondo necessità.
- La lista d'attesa per TC deve essere dimensionata sulla previsione della disponibilità di donatori, privilegiando i pazienti che, a parità di rischio di morte o deterioramento, hanno migliore probabilità di successo post-trapianto
- La candidatura a TC secondo criteri restrittivi per lo SC realmente refrattario è utile ad aumentare il vantaggio in termini di sopravvivenza

Il paziente con SC severo è prevalentemente in carico alle cure specialistiche per l'elevata complessità clinica, la continua necessità di monitoraggio e stratificazione prognostica, di procedure diagnostiche ed interventistiche di alta specializzazione, per i frequenti ricoveri, per la gestione in lista d'attesa per trapianto cardiaco (TC) o nella fase terminale della malattia.

7.4.1 L'assistenza al paziente con SC avanzato

Sono inquadrabili nel profilo clinico complesso oggetto della presente trattazione, che richiede la presa in carico specialistica, pazienti con

- **SC avanzato:** SC caratterizzato da severa disfunzione ventricolare sinistra ($FE \leq 0.35$) e/o da significative alterazioni emodinamiche ($PAD > 12$, $P_{cap} > 20$ mmHg, $IC < 2.2$, l/min/m²), con importante limitazione funzionale convenzionalmente inquadrabile in III-IV NYHA.

-**SC refrattario:** SC avanzato che determina sintomi a riposo o nelle attività minime nonostante terapia orale massimale con i farmaci di documentata efficacia, ossia nonostante la messa in atto ragionata e adattata al paziente di tutto il bagaglio terapeutico disponibile in base allo stato delle conoscenze e di una adeguata organizzazione assistenziale, con necessità di introdurre trattamento infusionale in regime ospedaliero.

-**SC intrattabile:** progressivo deterioramento degli indicatori clinici, strumentali e bioumorali di scompenso di circolo, con necessità di incremento del trattamento poliinfusionale.

La rete assistenziale ospedaliera per questi soggetti si articola in **strutture ospedaliere di rete (spoke)**, generalmente con disponibilità di assistenza intensiva in UTIC e di un laboratorio di Emodinamica ed Elettrofisiologia, afferenti a centri di riferimento (hub) con **Programmi Trapianto Cardiaco (PTC)**, specificamente dedicati alla gestione dei pazienti con SC avanzato, dove si concentrano competenze cardiologiche, cardiocirurgiche, anestesilogiche-rianimatorie e di terapia intensiva nella cura di questi pazienti e dove sono praticabili un ventaglio di opzioni terapeutiche (dall'approccio medico al TC). I PTC sono idealmente collocati all'interno di un grande ospedale dove sono prontamente disponibili le competenze plurispecialistiche necessarie nella gestione di pazienti complessi.

L'assistenza al paziente con SC avanzato generalmente coinvolge l'ospedale di rete che, nel caso di indicazioni condivise all'impianto di assistenza ventricolare meccanica o al TC, invia il paziente al PTC.

Per la presa in carico del paziente complesso l'ospedale di rete dovrà disporre di una organizzazione adeguata, generalmente incentrata su di un Ambulatorio dello SC, o comunque sulla presenza di una equipe medico-infermieristica a cui il paziente fa riferimento nel corso della valutazione per l'inserimento in lista TC e/o nel follow-up in generale. La condivisione del follow-up del paziente con SC fra ospedale di rete e PTC sarà funzione del livello di complessità della struttura spoke

Nella gestione del paziente con SC avanzato candidabile al TC l'Ambulatorio dello SC persegue i seguenti obiettivi:

- impostare un corretto e rigoroso PDT
- porre le indicazioni a procedure terapeutiche di tipo interventistico o chirurgico, incluso, ove indicato, il TC
- fornire accesso facilitato senza lista d'attesa in caso di instabilizzazione clinica o decorso complicato
- programmare ed attuare un follow-up rigoroso personalizzato sulle necessità cliniche del paziente.

L'Ambulatorio si avvale di uno staff infermieristico proprio, numericamente adeguato al volume e alla tipologia di attività, che ha competenze specifiche e lavora secondo protocolli definiti. La continuità del lavoro infermieristico nell'Ambulatorio garantisce la formazione del personale, l'adeguatezza dello stesso nell'informazione ai pazienti e ai loro familiari, nell'attività di filtro per le chiamate provenienti dai pazienti, nell'assistenza e somministrazione di terapie ai pazienti che ricevono cure particolari in Ambulatorio.

Una organizzazione tipo Day Service può permettere di eseguire, almeno in alcune tipologie di pazienti, la valutazione strumentale, la valutazione clinica con stratificazione prognostica e la formulazione di un PDT in tempi rapidi, generalmente in 24-72 ore. L'Ambulatorio dello SC può essere predisposto per la gestione in DH dei pazienti candidati a procedure invasive come il cateterismo destro, la cardioversione elettrica, l'esame elettrofisiologico.

Il MMG prende in carico il paziente con SC avanzato almeno nelle sue fasi di stabilità clinica e dopo che è stato definito il suo PDT. Supporta ed interagisce con l'Ambulatorio dedicato per la gestione domiciliare (ADP/ADI) condividendo il programma assistenziale. Collabora alla gestione delle problematiche non cardiologiche, che spesso vengono comunque indagate e gestite a livello ospedaliero.

Sulla base degli indicatori prognostici e dell'andamento clinico, i pazienti con SC avanzato candidabili al TC possono essere suddivisi in gruppi omogenei caratterizzati da una diversa storia e da un diverso profilo di rischio, per i quali sono necessari piani differenziati di follow-up (Fig.18).

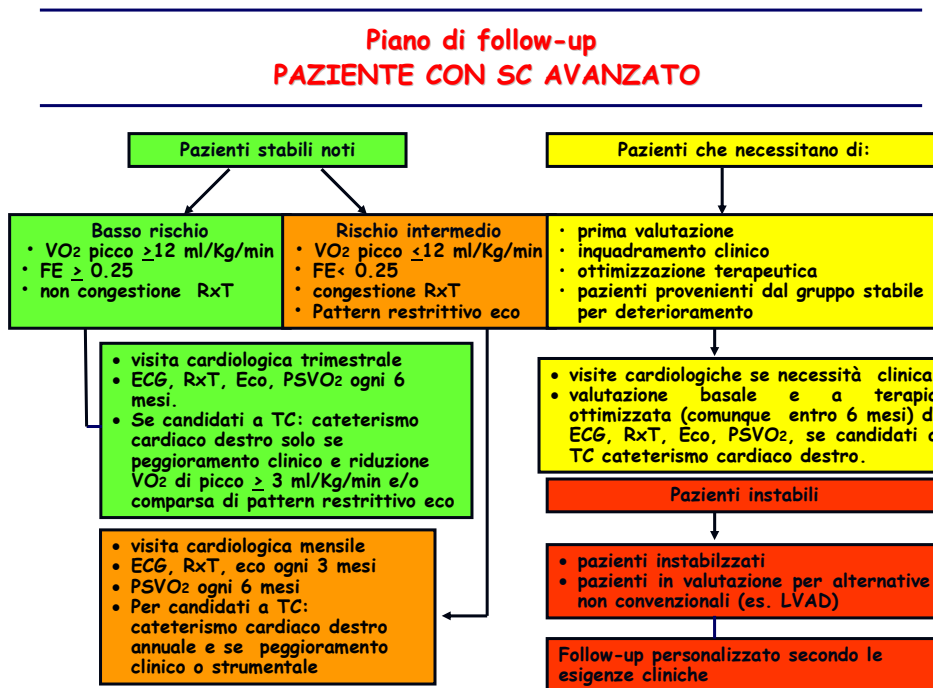


Fig.18

7.4.2 L'indicazione a trapianto cardiaco

Il TC è una terapia ad alto costo di risorse economiche e umane, non esente dal rischio di complicanze a breve e lungo termine, e praticabile in un numero molto ristretto di pazienti. I criteri di valutazione prognostica sviluppati in passato sono scarsamente applicabili all'attuale popolazione di pazienti con SC avanzato, generalmente trattati con terapia medica ottimizzata comprendente beta-bloccanti e antialdosteronici e spesso portatori di un dispositivo di resincronizzazione elettrica e/o defibrillatore.

La selezione dei candidati è dunque cruciale per aumentare il vantaggio prognostico offerto dal TC, con l'obiettivo di migliorare la sopravvivenza nell'intera popolazione dei pazienti con insufficienza cardiaca avanzata, e di mantenere o migliorare i buoni risultati postoperatori. A garanzia dei migliori risultati è opportuno l'utilizzo di criteri restrittivi per la candidatura a TC, privilegiando i pazienti con SC realmente refrattaria.

La *lista d'attesa* deve essere dimensionata sulla previsione della disponibilità di donatori, privilegiando i pazienti che a parità di rischio di morte o deterioramento fino a escludere l'opzione di TC, hanno migliore probabilità di successo post-trapianto

Per il paziente con SC avanzato candidabile a TC, la continua interazione tra l'ospedale di rete ed il PTC, con un programma di follow-up condiviso, garantisce per il paziente senza le caratteristiche di inserimento in lista urgente, una assistenza intensiva e continuativa con frequenti controlli cardiologici.

I pazienti in valutazione per ammissione in lista trapianto possono essere segnalati da altri medici (cardiologi, internisti, cardiocirurghi), o essere identificati tra i pazienti ricoverati presso la sezione di degenza del Programma ed essere valutati ambulatorialmente o in ricovero secondo le necessità cliniche

E' da stimolare la cooperazione dei medici che propongono il paziente nell'attività di screening, al fine di accelerare le procedure per il paziente e alleggerire il PTC,

lasciando spazio a quelle più specifiche, che non possono essere svolte altrove in maniera altrettanto efficace.

Il periodo di valutazione per TC comprende, oltre allo screening per identificare eventuali controindicazioni o fattori di rischio, la ricerca di stabilizzazione in terapia medica e la definizione degli indicatori prognostici.

Il follow up del paziente in lista attiva per trapianto è mirato a mantenere le condizioni di idoneità al TC e a verificare nel tempo la persistenza dell'opportunità dell'indicazione. Per questo sono necessarie visite periodiche, circa mensili, e aggiornamento periodico, almeno annuale, degli esami cardiologici e della situazione infettivologica e immunologica; in presenza di elementi clinici pertinenti devono essere ripetuti anche gli altri esami di screening.

7.4.3 L'assistenza ventricolare meccanica

Per il paziente con SC avanzato che evolva verso una fase refrattaria e intrattabile può essere valutata l'indicazione ad assistenza ventricolare meccanica.

Le indicazioni attuali all'utilizzo dei supporti meccanici al circolo comprendono :

- **ponte al TC:** supporto sino a quando sia disponibile un cuore;
- **ponte al recupero:** il cuore riprende le sue funzioni e non c'è bisogno di TC;
- **ponte al ponte:** utilizzo postcardiotomico di assistenza ventricolare a breve termine e successivo impianto di device a lungo termine;
- **supporto meccanico permanente:** alternativa al TC in caso di progressivo deterioramento clinico

L'assistenza meccanica al circolo come ponte al TC trova indicazione nei casi in cui siano esaurite le possibilità dei trattamenti farmacologici e consente la sopravvivenza di pazienti a rischio di rapido decesso o danno d'organo conseguente alla grave alterazione emodinamica in grado di pregiudicarne la trapiantabilità.

La **selezione dei malati** è cruciale e determina fortemente il risultato dell'impianto. A garanzia di risultati ottimali l'indicazione all'impianto del device deve essere precoce e tempestiva attraverso l'individuazione, attuabile con la sorveglianza stretta del paziente con SC refrattario, di manifestazioni premonitrici di una sindrome da bassa portata, potenzialmente intrattabile.

La preparazione alla gestione domiciliare del portatore di assistenza ventricolare inizia quando il paziente è emodinamicamente stabile in sola terapia orale e mobilizzato in corsia, e prevede la progressiva riabilitazione motoria, l'addestramento del paziente e dei suoi familiari a gestire i problemi pratici del supporto meccanico, alla registrazione quotidiana dei parametri del device e dei principali parametri vitali, al riconoscimento e segnalazione di eventuali allarmi.

Quando il paziente è a domicilio, vengono programmati controlli ambulatoriali bisettimanali, settimanali o quindicinali presso il PTC, finalizzati all'aggiustamento della terapia anticoagulante/antiaggregante, alla verifica dell'andamento dei parametri emodinamici e del compenso, alla sorveglianza della comparsa di eventuali infezioni o altre complicanze, e alla verifica dello stato del tramite del cavo di alimentazione.

7.4.4 La riabilitazione cardiologica intensiva

I pazienti con SC avanzato sono spesso cronicamente instabili e possono richiedere periodi protratti di degenza. Il trasferimento presso una cardiologia riabilitativa per un periodo di riabilitazione degenziale, di durata di norma compresa tra le 2 e le 6 settimane, è utile a perseguire la stabilizzazione clinica, limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia cardiovascolare avanzata e migliorare globalmente la capacità funzionale.

Sono candidati a riabilitazione degenziale intensiva pazienti con SC in III-IV classe NYHA o che richiedano terapie da titolare o infusive o supporto nutrizionale o meccanico o che necessitino di trattamento riabilitativo intensivo.

La riabilitazione intensiva è inoltre indicata nei pazienti trapiantati dopo l'intervento o con necessità di valutazione per porre indicazione a TC o per verificare periodicamente la persistenza dell'indicazione.

7.4.5 L'assistenza psicologica al paziente con SC grave

L'assessment psico-sociale del paziente con SC dovrebbe comprendere la valutazione di patologia psichiatrica, depressione, ansia, deficit cognitivi nei pazienti gravemente compromessi, fattori di personalità, comportamenti di rischio, strategie di coping e autoefficacia, livelli di aderenza, abilità di autogestione della malattia, carenza di supporto socio-familiare

L'intervento psicologico dovrebbe mirare alla correzione di fattori psicosociali disadattivi e interferenti, favorire risorse di autogestione, ma anche di modificazioni delle credenze personali per ottenere cambiamenti duraturi a lungo termine e migliorare l'aderenza alle prescrizioni

L'intervento psicologico è necessario in presenza di depressione e di carenza di supporto emotivo.

Tutti i candidati a TC dovrebbero essere valutati da uno psicologo e/o da uno psichiatra, per identificare i pazienti che necessitino di supporto psico-sociale prima del trapianto e coloro che potrebbero essere ad alto rischio per morbidità psichiatrica dopo il trapianto

Durante la fase d'attesa e nel tempo successivo al TC, i pazienti e i loro familiari dovrebbero poter essere supportati dal punto di vista psicologico, anche con interventi di natura psicoterapeutica.

7.5 Il paziente anziano e/o con comorbidità

- L'eterogeneità clinica e la complessità dell'anziano con SC sono legate non solo dall'entità della compromissione cardiocircolatoria, ma anche alla dinamica interazione tra processo di invecchiamento, comorbidità, stato funzionale e psico-cognitivo e fattori socio-ambientali .
- L'obiettivo principale della strategia gestionale per l'anziano dovrebbe essere il mantenimento del miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psico-fisica e di autonomia funzionale
- L'utilizzo sistematico della valutazione multidimensionale consente di attivare i percorsi più funzionali ai bisogni assistenziali dell'anziano con SC
- A livello intraospedaliero il percorso dell'anziano con SC dovrebbe prevedere un approccio multidisciplinare con protocolli condivisi nelle diverse unità di degenza
- Ambulatori Specialistici, impostati su una gestione multidisciplinare in cui convergano competenze cardiologiche, internistiche e geriatriche dovrebbero essere deputati alla gestione precoce della fase post-dimissione
- A livello territoriale il MMG è coordinatore del caso e imposta il percorso di controllo periodico del paziente con il supporto di altre figure professionali e delle UVG, laddove presenti, nell'ambito di una gestione multidisciplinare

Nella comunità, oltre due terzi dei pazienti affetti da scompenso cardiaco è di età avanzata. Attualmente, lo SC è il motivo più frequente di ricovero nell'anziano e la patologia cardiovascolare più dispendiosa sul piano economico.

L'eterogeneità clinica e la complessità dell'anziano con SC sono legate al fatto che, in età avanzata, lo stato di salute non dipende solo dall'entità della compromissione cardiocircolatoria, ma anche dalla dinamica interazione tra processo di invecchiamento, comorbidità, stato funzionale e psico-cognitivo e fattori socio-ambientali.

L'obiettivo principale di ogni strategia rivolta agli anziani dovrebbe quindi essere non solo prolungare la sopravvivenza, ma anche mantenere il miglior livello di qualità di vita possibile in rapporto alla condizione di salute psico-fisica e di autonomia funzionale.

7.5.1 Il percorso dell'anziano con SC: criteri di selezione

Una consistente proporzione di soggetti anziani presenta un buono status funzionale e cognitivo, un ridotto numero di comorbidità e assenza di problemi socio-ambientali. Questi pazienti possono essere efficacemente inseriti in un modello di cura convenzionale, comprensivo in ogni caso di un programma di mantenimento dell'autosufficienza.

La coesistenza nell'anziano di polipatologia, scarsa capacità funzionale, deterioramento cognitivo e problemi socio-ambientali gli conferiscono la connotazione di *anziano fragile*. Comorbidità, fragilità e disabilità condizionano l'intensità dell'approccio al paziente anziano, sia sul piano diagnostico che su quello terapeutico. Questi pazienti dovrebbero essere orientati verso un piano integrato ospedale-territorio di assistenza continuativa, rivolto all'attenuazione della sintomatologia e mantenimento della migliore qualità di vita e di indipendenza possibile.

Le evidenze disponibili dimostrano che i programmi di gestione dello SC nell'anziano permettono di conseguire una riduzione di ospedalizzazioni e durata della degenza e, in alcuni singoli trial una riduzione della mortalità, e che il modello

più efficace nella riduzione delle ospedalizzazioni sembra essere quello multidisciplinare.

L'implementazione efficace di un modello di assistenza all'anziano con SC si rifà all'esperienza maturata in ambito geriatrico e richiede la definizione di precisi criteri di selezione dei pazienti, dei ruoli specifici degli operatori sanitari, di PDT appropriati e condivisi, di modalità di follow-up personalizzate, che tengano conto dello stato funzionale globale, della severità di malattia, della comorbidità e del contesto socio-ambientale del paziente. Esso deve comprendere a) la continuità assistenziale; b) la globalità della valutazione; c) la multidisciplinarietà; d) l'organizzazione dei servizi in una rete integrata, che incorpori i livelli non residenziale, semiresidenziale e residenziale, ovvero Residenze Sanitarie Assistenziali, Reparti di lungodegenza, Hospice.

7.5.2 Il percorso dell'anziano con SC nell'ospedale

A livello intraospedaliero, il percorso dell'anziano con SC dovrebbe prevedere un approccio multidisciplinare strutturato in protocolli condivisi nelle diverse unità di degenza e finalizzato alla valutazione e al trattamento dei pazienti con criteri uniformi e al trasferimento delle informazioni alle strutture territoriali; dovrebbe essere effettuata una prevenzione di sindromi geriatriche come ulcere da pressione, malnutrizione, disidratazione, cadute, delirio.

Alla dimissione, oltre al profilo clinico, dovrebbero essere considerati per l'impostazione del piano di dimissione concordato con il MMG il grado di autonomia, lo stato cognitivo, la mobilità, le caratteristiche culturali, il contesto socio-sanitario, l'eventuale presenza e la qualità del supporto familiare, la situazione abitativa e la disponibilità di servizi di assistenza domiciliare.

I pazienti dovrebbero essere sottoposti a una *valutazione multidimensionale* (VMD) che definisca stato funzionale, stato cognitivo e bisogni assistenziali. I risultati di tale valutazione dovrebbero essere considerati nella scelta del PDT nel singolo paziente.

Considerando le diverse realtà organizzative dovrebbero essere avviati nelle Aziende Ospedaliere *Ambulatori Specialistici* (vedi punto 7.2), impostati su una gestione multidisciplinare in cui convergano competenze cardiologiche, internistiche e geriatriche, deputati alla gestione precoce della fase di post-dimissione.

L'Ambulatorio per lo SC dovrebbe essere deputato alla gestione precoce della fase di post-dimissione che comprende la verifica della stabilità clinica e della terapia, la rivalutazione strumentale per completamento dell'iter diagnostico e terapeutico e alla valutazione, selezione e follow-up di pazienti complessi, candidati a procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e/o chirurgiche, in stretto collegamento con i Distretti, i MMG e le UVG per l'assistenza domiciliare e sociale.

Nei casi complessi con programma di cure ancora aperto, il paziente anziano, in assenza di problemi di deambulazione o trasporto, potrebbe rimanere in carico all'Ambulatorio Specialistico.

7.5.3 Il percorso dell'anziano con SC nel territorio

A livello territoriale, il MMG dovrebbe assumere compiti di coordinatore del caso. Nel singolo paziente, il modello di cura e la sede e la modalità di follow-up saranno decisi in base alla disponibilità locale di servizi e alle caratteristiche del paziente stesso. In casi appropriati il MMG utilizzerà il supporto di altre figure professionali e delle UVG, laddove presenti, nell'ambito di una gestione multidisciplinare

L'organizzazione e il coordinamento delle fasi ospedaliere e territoriale dovrebbe essere garantito dalle Aziende Sanitarie attraverso i Distretti e/o l'istituzione di Comitati di Coordinamento ospedale-territorio.

Nei pazienti avviabili al follow-up territoriale, dovrebbero essere previste visite ambulatoriali o accessi domiciliari programmati (ADP) per pazienti non deambulanti o temporaneamente impossibilitati a raggiungere lo studio medico per difficoltà di trasporto, da parte del MMG e dell'equipe assistenziale domiciliare, in caso di ADI. Nei pazienti fragili e con necessità di assistenza continuativa, il MMG, l'equipe di ADI o delle Cure Intermedie dovrebbero operare in stretta collaborazione e coordinamento.

A livello distrettuale, la valutazione dei casi complessi dovrebbe prevedere il coinvolgimento delle Unità Valutative Geriatriche (UVG). La UVG è un gruppo multidisciplinare costituito da un Geriatra coordinatore, da un Infermiere specializzato, dall'Assistente Sociale, dai Terapisti della Riabilitazione, e a cui partecipa il MMG dei soggetti presi in carico. (Fig.19)

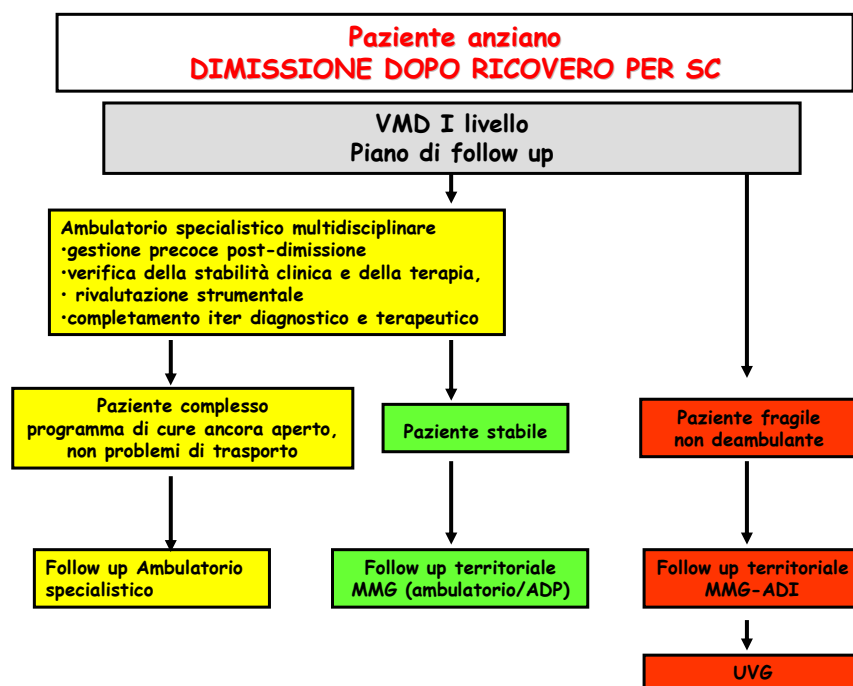


Fig.19

7.5.4 Specificità dell'iter diagnostico terapeutico

L'iter diagnostico per lo SC nell'anziano non differisce significativamente da quello dell'adulto, benché le frequenti coesistenti comorbidità possano spesso confondere l'interpretazione del quadro clinico.

Non esistono in letteratura LG internazionali specifiche per l'anziano con SC e quindi, pur con i limiti imposti dalla scarsità di Trial specifici, le raccomandazioni delle linee guida sono da considerarsi valide anche per i pazienti anziani. Nell'impostazione del trattamento va raccomandata particolare attenzione e quindi un più stretto monitoraggio, per concomitanti patologie, controindicazioni, intolleranze, potenziali interferenze farmacologiche.

Una corretta indicazione all'impianto di device o alla chirurgia dovrebbe basarsi non solo sulla valutazione del rischio ma anche sulla stima dell'aspettativa di vita e dei benefici che il paziente può trarre dal trattamento sia in termini di incremento della sopravvivenza che di miglioramento della qualità di vita e comprendere la valutazione funzionale globale e cognitiva.

La terapia elettrica con Defibrillatore Impiantabile (ICD), e con Resincronizzazione Cardiaca è indicata in pazienti selezionati in cui si stimi una ragionevole aspettativa di vita e un buon stato funzionale per almeno un anno.

Il trattamento chirurgico dello SC nell'anziano è da considerarsi limitato alle sole procedure convenzionali (rivascolarizzazione, chirurgia valvolare, aneurismectomie ventricolari)

I pazienti e le loro famiglie dovrebbero ricevere informazioni sulla prognosi, sul ruolo di servizi domiciliari di cure palliative o di hospice e sulla necessità di continuità assistenziale. I pazienti istituzionalizzati (residenti in RSA o RA) devono ricevere gli stessi trattamenti di qualunque altro paziente con SC.

7.5.5 La Valutazione Multidimensionale

La VMD è un procedimento diagnostico alla base della strategia geriatrica di approccio globale all'anziano e si attua mediante l'impiego di scale che esplorano le diverse aree dove si manifestano i deficit dell'anziano ovvero:

- a) **stato fisico**: ricerca di eventuali patologie o pluripatologie e di deficit sensoriali;
- b) **stato funzionale**, valutato attraverso la capacità di svolgere le comuni attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living - ADL);
 - le ADL di base (BADL): includono le funzioni più elementari e quindi la possibilità del soggetto di vivere senza bisogno di assistenza continuativa, quali vestirsi, muoversi, lavarsi, alimentarsi, andare al bagno autonomamente;
 - le ADL strumentali (IADL): includono funzioni che consentono una vita indipendente nel proprio domicilio come uscire, comunicare, assumere farmaci, fare acquisti e cucinare;
- c) **benessere psichico e capacità intellettive**: funzioni affettive come l'ansia e la depressione e funzioni cognitive come la memoria, l'attenzione, le capacità di giudizio.
- d) aspetti socio-economici.

La VMD di 1° livello è una procedura di screening che dovrebbe comprendere un set minimo di dati: valutazione delle ADL/IADL, screening cognitivo (MMSE), valutazione della deambulazione e situazione familiare e socio-ambientale allo scopo di

- a) valutare il rischio e l'entità di non-autosufficienza dell'anziano in esame per stabilire se necessita o meno di assistenza continuativa.
- b) formulare un piano di assistenza in base alla necessità di trattamenti di riabilitazione e di assistenza infermieristica..
- c) decidere la sede di erogazione degli interventi e indirizzare l'anziano al tipo di assistenza più indicato

La VMD di I livello dovrebbe essere effettuata al momento dell'accesso del paziente alla rete dei servizi. L'introduzione nella pratica clinica quotidiana di strumenti di VMD di screening per l'identificazione degli anziani fragili dovrebbe essere incoraggiata presso i MMG, gli Specialisti e gli Infermieri coinvolti nella gestione dello SC.

I database che raccolgono dati su pazienti anziani con SC dovrebbero includere un Minimum Data Set di dati raccolti mediante la VMD.

La VMD di 2° livello viene effettuata propriamente dalla UVG, dell'ospedale o del territorio, nei pazienti che manifestano deficit significativi nella VMD di I livello. E' una procedura più complessa che può richiedere competenze e test più specifici.

7.6 Le cure palliative al paziente con SC terminale

- I bisogni assistenziale dei pazienti con SC terminale non ricevono attualmente adeguata attenzione
- L'incertezza della prognosi in questi pazienti è una delle principali barriere al l'organizzazione di un percorso di cure adeguato
- L'assistenza palliativa non differisce sostanzialmente da quella usuale in caso di altre patologie, con la possibile eccezione della problematica legata alle manovre rianimatorie
- Il ruolo dello psicologo è cruciale nell'ambito di un'assistenza multidisciplinare per la comprensione delle preferenze del paziente, per la promozione della comunicazione fra paziente, familiari e l'equipe di assistenza
- La Consensus Conference raccomanda che vengano promossi specifici progetti di integrazione dell'assistenza al paziente con SC terminale nell'attuale rete delle cure palliative.

Il problema dell'assistenza alla fase terminale dello SC riguarda da vicino non solo i medici di famiglia ma anche gli ospedalieri. Da dati provenienti dagli USA, infatti, il 58% dei pazienti con scompenso cardiaco muore in ospedale, il 27% a casa, il 3% in Hospice.

I soggetti assistiti al domicilio o in casa di riposo sono solitamente molto anziani e affetti da patologie multiple e grave disabilità. Per questo motivo la presenza di SC può non essere il momento determinante della terminalità.

Negli ultimi 6 mesi di vita, i pazienti con cardiopatia in fase terminale presentano diverse problematiche che investono l'area non solo della funzionalità fisica, ma anche quella psicologica, con la comparsa o l'aggravarsi di ansia, depressione, paura dei sintomi, paura della morte.

A queste difficoltà si aggiungono non di rado sofferenze di natura più propriamente spirituale, legate all'approssimarsi del morire e che si configurano come estremamente variabili in base al contesto culturale di provenienza del paziente.

A fronte di un bisogno chiaramente delineato di una maggiore comunicazione tra team e paziente in merito alla prognosi e alle preferenze del paziente circa il luogo in cui ricevere assistenza terminale, la letteratura segnala che solo in un terzo dei casi le esigenze sociali e psicologiche dei pazienti con scompenso in fase terminale vengono rilevate e gestite

A differenza che per i pazienti con cancro, l'assistenza ai pazienti con SC è ancora troppo spesso incoordinata: sono troppo frequenti le ospedalizzazioni con percorsi misti, il supporto nel territorio è ancora troppo scarso, la comunicazione formale ed informale tra medico di famiglia e specialista è ancora insufficiente. Inoltre i servizi sociali, il coinvolgimento dei servizi di volontariato e dei servizi di cure palliative vengono raramente attivati o proposti.

L'assistenza palliativa non differisce sostanzialmente da quella usuale in caso di altre patologie, con la possibile eccezione della problematica legata alle manovre rianimatorie in caso di arresto cardiaco.

Fra gli ostacoli che limitano l'organizzazione di un intervento multidisciplinare comprendente la terapia palliativa vi è l'incertezza della prognosi che caratterizza il paziente con SC terminale. La percezione di una prognosi più benigna rispetto al paziente con cancro può indurre i familiari o lo stesso MMG a richiedere di fronte ad

un peggioramento clinico l'intervento cardiologico o il ricovero, anche in una fase realmente terminale della malattia.

L'intervento dello psicologo nell'ambito dell'assistenza a questi pazienti è cruciale per

cogliere la natura sociale, psicologica o spirituale delle difficoltà del malato, favorire la comprensione delle preferenze del paziente per il luogo in cui ricevere le cure terminali e le decisioni sulla rianimazione in caso di arresto cardiaco.

L'intervento psicologico con i familiari di un paziente terminale dovrebbe avere inizio già nella fase di comunicazione da parte del medico dell'aggravarsi delle condizioni cliniche, per sollecitare l'elaborazione e la messa a fuoco di quanto i familiari hanno ascoltato, e la comprensione del carattere definitivo della diagnosi e della prognosi nonostante l'incredulità e i meccanismi di negazione.

La psicologo potrà inoltre promuovere la comunicazione tra paziente, team e familiari per l'adeguata gestione di queste problematiche e sostenere i membri del team nell'assistenza al malato terminale, in considerazione delle possibili intense ripercussioni emozionali che la cura di questi pazienti può avere soprattutto per il cardiologo, che per formazione non necessariamente ha già maturato competenze emozionali per proteggersi dal rischio emotivo dell'esposizione alla sofferenza del terminale.

Gli hospice, strutture dedicate all'assistenza del paziente terminale prevalentemente affetto da patologia neoplastica non hanno criteri specifici di accesso per i pazienti con SC, che sono quindi spesso destinati ad affrontare le ultime fasi dell'esistenza in reparti di degenza per acuti, per le motivazioni sopra ricordate.

La Consensus Conference raccomanda che vengano promossi specifici progetti di integrazione dell'assistenza al paziente con SC terminale nell'attuale rete delle cure palliative.

8. Continuità assistenziale e sistemi di relazione

8.1 Continuità assistenziale

La “continuità assistenziale può essere intesa secondo diverse accezioni, l’una delle quali non esclude, nella pratica quotidiana, l’altra.

Si ha "continuità assistenziale" quando vi è uniformità di criteri di valutazione e trattamento indipendentemente dalla singola sede o soggetto con cui il paziente viene in contatto e, quindi, il piano di cura viene seguito e/o rivisto con criteri condivisi, permettendo di assicurare una comunicazione razionale ed efficace tra i diversi livelli assistenziali, la migliore cura dei pazienti ed il corretto uso delle risorse.

Alcuni elementi dovrebbero essere considerati indispensabili per garantire una buona “continuità assistenziale”:

1. percorso unico e integrato di continuità assistenziale;
2. valutazione accurata del bisogno assistenziale sanitario e sociale del paziente;
3. definizione del Piano Assistenziale Individuale Integrato;
4. procedure operative di accesso per ogni struttura assistenziale disponibile (criteri di inclusione ed esclusione, priorità in base a criteri oggettivi, tipologia di assistenza offerta, modulistica);
5. programmazione tempestiva della dimissione;
6. risposta tempestiva ai bisogni;
7. appropriatezza:
 - nei ricoveri;
 - nell’utilizzo adeguato e tempestivo delle strutture e dei servizi assistenziali disponibili
 - nelle modalità di follow up e dei controlli;
 - nell’applicazione delle normative/LG/procedure/protocolli vigenti e/o condivise.

Alcuni requisiti, in particolare, andrebbero considerati indispensabili per ottenere una efficace distribuzione integrata dell’assistenza:

- garantire e perseguire sempre la centralità del paziente;
- pianificare in maniera multidisciplinare l’assistenza;
- far sì che il paziente abbia ben chiaro quale è il suo riferimento, in grado di farlo accedere come unico punto di accesso, al sistema;
- pianificare l’assistenza in maniera correlata alla stratificazione del rischio e focalizzata sull’identificazione dei bisogni e/o sull’anticipazione degli stessi;
- garantire la condivisione delle informazioni a tutti i livelli dell’assistenza;
- individuare il case manager, che faciliti un coordinamento dell’assistenza longitudinale e prolungata nel tempo e non correlato solamente a specifici eventi.

8.2 Comunicazione e trasmissione delle informazioni

La continuità assistenziale dovrebbe essere garantita con un adeguato sistema di relazione fra tutti gli attori che partecipano al programma gestionale attraverso l’adattamento specifico di due componenti: 1) l’esplicitazione del processo assistenziale, per far sì che tutti i professionisti che intervengono nelle diverse fasi siano consapevoli del percorso che il paziente seguirà; 2) la trasmissione delle informazioni.

La comunicazione è un elemento cruciale per la continuità dell’assistenza. Essa presuppone

1. una registrazione on-line delle attività in corso, pianificate ed eseguite sul paziente, accessibile da tutti gli operatori coinvolti secondo modalità predefinite che garantiscano la sicurezza e la privacy;
2. lo scambio di dati clinici e protocolli, secondo data set clinici¹ e terminologie predefiniti e condivisi;
3. l'individuazione di un minimo set di dati obbligatori che consenta di disporre delle informazioni indispensabili per la gestione del paziente, secondo il postulato: "un paziente condiviso, un unico sistema di registrazione condiviso".

La trasmissione delle informazioni dovrebbe impennarsi non solamente sull'asse primario della relazione fra i professionisti che assistono in maniera condivisa l'ammalato, ma sul coinvolgimento degli altri diversi attori che intervengono nel processo di cura.

In ogni contesto assistenziale vanno sistematicamente ricercati i margini di miglioramento riguardo alle modalità di comunicazione delle informazioni, con particolare attenzione alla massima semplificazione degli strumenti adottati.

L'obiettivo generale, pertanto, dovrebbe essere:

1. ampliare l'accesso dei professionisti a tutti i sistemi di dati esistenti indipendentemente dal setting lavorativo;
2. garantire la fruibilità di tutti i supporti tecnologici (numeri verdi, e-mail, accesso alle banche dati, accesso ai registri, alle cartelle cliniche, alle refertazioni, alle lettere di dimissione, eccetera) utili a favorire la comunicazione fra operatori.

Obiettivo specifico, da perseguire auspicabilmente a livello regionale, dovrebbe essere quello di realizzare, attraverso l'implementazione delle necessarie strutture tecnologiche, una gamma di servizi telematici, fruibili su scala distrettuale ed aziendale delle strutture del territorio, fra le quali

- Rete integrata delle strutture ospedaliere delle ASL
- Adeguamenti e coinvolgimento telematico dei PS/DEA
- Studi di MMG associati con supporto telematico
- Distretti
- hospice

9. Indicatori di Struttura, Processo e Risultato

Raccomandazione di questa Consensus Conference è l'adozione per ogni fase del percorso gestionale di specifici indicatori, condivisi a livello intraospedaliero e territoriale, che rappresentino la base per processi di self audit e per un percorso di miglioramento continuo di qualità dell'assistenza nello SC.

9.1 Indicatori strutturali

1. **Disponibilità di PDT condivisi** I professionisti clinici che si occupano di pazienti affetti da SC dovrebbero disporre di documenti sulla gestione e il trattamento dei pazienti con SC, che descrivano la miglior pratica clinica in linea con l'evidenza medica esistente. Questi possono avere la connotazione di profili di assistenza o di raccomandazioni e devono prendere in considerazione livelli differenziati di assistenza, compresi specifici programmi per i pazienti con SC in fase terminale. L'organizzazione gestionale dovrebbe essere impostata per trasferire i pazienti al livello assistenziale appropriato.
2. **Monitoraggio dell'assistenza** I professionisti clinici che si occupano di pazienti affetti da SC dovrebbero disporre di strumenti di monitoraggio per verificare l'outcome dell'assistenza. Le decisioni assistenziali dovrebbero essere valutate in funzione delle linee guida sulla gestione e il trattamento dei pazienti adottate. Lo staff clinico dovrebbe ricevere i report di performance periodicamente, almeno una volta all'anno.
3. **Presenza di Ambulatorio specialistico** Ogni struttura ospedaliera dovrebbe dotarsi di un Ambulatorio dedicato per la gestione della fase precoce post-dimissione e dei pazienti complessi con SC avanzato

9.2 Indicatori di processo

1. **Valutazione della funzione sistolica** La documentazione clinica dei pazienti affetti da SC 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. **Uso degli ACE-inibitori o antagonisti recettoriali dell'angiotensina** 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. **Uso dei Beta-bloccanti** I pazienti con SC con disfunzione ventricolare sinistra e che non presentino controindicazioni dovrebbero essere trattati con Beta-bloccanti (target $\geq 50\%$)
4. **Uso della terapia anticoagulante per la fibrillazione atriale** I pazienti con SC e fibrillazione atriale che non presentino controindicazioni dovrebbero essere trattati con anticoagulante orale (target $\geq 85\%$)
5. **Educazione del paziente** I pazienti con SC 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. **Valutazione multidimensionale di I livello in pazienti anziani** I pazienti anziani con SC 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

9.3 Indicatori di esito

1. **Ricoveri ripetuti** Ai soli fini del monitoraggio dell'assistenza si propone la valutazione dei ricoveri per SC ripetuti precocemente (a 30 e 90 giorni) e del numero di accessi in PS/DEA (a 30 e 90 giorni) dopo la dimissione.
2. **Mortalità** La mortalità nello SC non è un indicatore di precaria qualità dell'assistenza e può costituire l'inevitabile conseguenza di una lunga malattia durante la quale il paziente può aver ricevuto un'assistenza eccellente. La valutazione della mortalità deve tenere conto del profilo di rischio del paziente. Ai soli fini del monitoraggio dell'assistenza si propone la valutazione della mortalità intraospedaliera, e a 30 giorni dalla dimissione dopo un ricovero per SC.
3. **Stato di salute e Soddisfazione dei pazienti** Queste misure dovrebbero formare oggetto di una specifica sperimentazione.

10. Riferimenti bibliografici

McMurray J, McDonagh T, Morrison CE, Dargie HJ. Trends in hospitalisation for heart failure in Scotland 1980-90. *Eur Heart J* 1993;145:1158-62.

Massie BM, Shan N. The heart failure epidemic:magnitude of the problem and potential mitigating approaches. *Current opinion in cardiology* 1996;11:221-6.

Clozel M. Heart failure--an epidemic of the 21st century? 25th Institut Pasteur Euroconference. 26-27 June 2000, Paris, France. *IDrugs*. 2000;3:1169-70.

Redfield MM. Heart failure an epidemic of uncertain proportions. *N Engl J Med*. 2002;347:1442-4.

SEOSI Investigators. Survey on heart failure in Italian hospital cardiology unit. Results of the SEOSI study. *Eur Heart J* 1997;18:1457-64.

Gwadry-Sridhar FH, Flintoft V, Lee DS, Lee H, Guyatt GH. A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. *Arch Intern Med*. 2004;164:2315-2.

McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:810-8.

Phillips C, Wright SM, Kern D, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure. A meta-analysis. *JAMA* 2004;291:1358-67.

Capomolla S, Alunni GF. La prevenzione delle recidive: i modelli di management. pp 183-212, in *La prevenzione dello scompenso cardiaco*. Luigi Tarantini, Il pensiero Scientifico Editore Torino 2005

Federazione Italiana di Cardiologia. Struttura e Organizzazione della Cardiologia. *Ital Heart J suppl* 2003;4:881-930.

Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, et al. Quantifying the heart failure epidemic :prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. *Eur Heart J*. 2004;25:1614-9.

Wang TJ, Evans JC, Benjamin EJ, Levy D, LeRoy EC, Vasan RS. Natural history of asymptomatic left ventricular systolic dysfunction in the community. *Circulation* 2003;108:977-82.

Gottdiener JS, Arnold AM, Aurigemma GP, et al. Predictors of congestive heart failure in the elderly: the Cardiovascular Health Study. *J Am Coll Cardiol*. 2000 ;35:1628-37.

Kannel WB, D'Agostino RB, Silbershatz H, Belanger AJ, Wilson PW, Levy D. Profile for estimating risk of heart failure. *Arch Intern Med* 1999;159:1197-204.

Baker DW, Bahler RC, Finkelhor RS, Lauer MS. Screening for left ventricular systolic dysfunction among patients with risk factors for heart failure. *Am Heart J* 2003;146:736-40.

Nielsen OW, McDonagh TA, Robb SD, Dargie HJ. Retrospective analysis of the cost-effectiveness of using plasma brain natriuretic peptide in screening for left ventricular systolic dysfunction in the general population. *J Am Coll Cardiol*. 2003;41:113-20.

Hedberg P, Lonnberg I, Jonason T, Nilsson G, Pehrsson K, Ringqvist I. Electrocardiogram and B-type natriuretic peptide as screening tools for left ventricular systolic dysfunction in a population-based sample of 75-year-old men and women. *Am Heart J.* 2004;148:524-9.

Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, Hare R, Davies MK. Reliability of N-terminal proBNP assay in diagnosis of left ventricular systolic dysfunction within representative and high risk populations. *Heart.* 2004;90:866-70.

Wang TJ, Larson MG, Levy D, Benjamin EJ, Leip EP, Omland T, Wolf PA, Vasan RS. Plasma natriuretic peptide levels and the risk of cardiovascular events and death. *N Engl J Med.* 2004;350:655-63.

Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. The progression from hypertension to congestive heart failure, *JAMA* 1996;275:1557–1562.

Heidenreich PA, Gubens MA, Fonarow GC, Konstam MA, Stevenson LW, Shekelle PG. Cost-effectiveness of screening with B-type natriuretic peptide to identify patients with reduced left ventricular ejection fraction. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43:1019-26.

Hellermann JP, Jacobsen SJ, Redfield MM, Reeder GS, Weston SA, Roger VL. Heart failure after myocardial infarction: clinical presentation and survival. *Eur J Heart Fail.* 2005;7:119-25.

Lewis EF, Moye LA, Rouleau JL, et al. Predictors of late development of heart failure in stable survivors of myocardial infarction: the CARE study. *J Am Coll Cardiol.* 2003;;42:1446-53.

Verdecchia P, Angeli F, Gattobigio R, Sardone M, Porcellati C. Asymptomatic left ventricular systolic dysfunction in essential hypertension: prevalence, determinants, and prognostic value. *Hypertension.* 2005;45:412-418.

Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* 2000;321:405–41

Vaur L, Gueret P, Lievre M, Chabaud S, Passa P. Development of congestive heart failure in type 2 diabetic patients with microalbuminuria or proteinuria: observations from the DIABHYCAR (Type 2 DIABetes, Hypertension, Cardiovascular Events and Ramipril) study. *Diabetes Care* 2003;26:855–860.

Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, et al. Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure. Derivation and validation of a clinical model. *JAMA* 2003;290:2581-7.

Fonarow G, Adams KF, Abraham WT, Yancy CW, Boscardin WJ. Risk stratification for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure. *JAMA* 2005;293:572-80.

Bettencourt P, Ferriera S, Azevedo A, et al. Preliminary data on the potential usefulness of B-type natriuretic peptide levels in predicting outcomes after hospital discharge in patients with heart failure. *Am J Med* 2002;113:215-9.

Storrow AB, Collins SP, Lyons MS, Wagoner LE, Gibler WB, Lindsell CJ. Emergency department observation of heart failure: preliminary analysis of safety and cost. *Congest Heart Fail.* 2005;11:68-72.

Delgado DH, Rao V, Ross HJ, Verna S, Smedira NG. Mechanical circulatory assistance: state of art. *Circulation* 2002;106:2046-50.

Raval AN, Marchiori GE, Arnold JM. Improving the continuity of care following discharge of patients hospitalized with heart failure: is the discharge summary adequate? *Can J Cardiol.* 2003;19:365-70.

Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, et al. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation* 2005;111:179-85.

Coleman EA, Smith JD, Raha D, Sung-joon M. Post-hospital medication discrepancies. Prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med* 2005;165:1842-7.

Linee-guida per le attività di riabilitazione, Ministro della Sanità GU 30 maggio 1998, n. 124.

Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. *Eur. Heart J* 2005;26:1115 - 40.

Adlam D, Silcocks P, Sparrow N. Using BNP to develop a risk score for heart failure in primary care. *Eur Heart J* 2005;26:1086-93

Doust JA, Glasziou PP, Pietrzak E, Dobson AJ. A systematic review of the diagnostic accuracy of natriuretic peptides for heart failure. *Arch Intern Med* 2004;164:1978-84.

Costanzo MR, Augustine S, Bourge et al. Selection and treatment of candidates for heart transplantation. *Circulation* 1995;92:3593- 612.

Frigerio M, Gronda E, Mangiavacchi M et al. Restrictive criteria for heart transplantation candidacy maximize survival of patients with advanced heart failure. *J Heart Lung Transplant* 1997;16:160-8.

Aaronson KD, Sanford Schwartz J, Tze-Ming Chen et al. Development and prospective validation of a clinical index to predict survival in ambulatory patients referred for cardiac transplant evaluation. *Circulation* 1997;95:2660-7.

Cimato TR, Jessup M. Recipient selection in cardiac transplantation: contraindications and risk factors for mortality. *J Heart Lung Transplant* 2002;21:1161-73.

Butler J, Khadim G, Paul KM et al. Selection of patients for heart transplantation in the current era of heart failure therapy. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:787-93

Jowsey SG, Taylor ML, Schneekloth TD, Clark MM. Psychosocial challenges in transplantation. *J Psychiatr Pract.* 2001;7:404-14.

Deng MC, Young JB, Stevenson LW et al., on behalf of the Board of Directors of the International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT). Destination mechanical circulatory support: proposal for clinical standards. *J Heart Lung Transplant* 2003;22:365-69.

Mac Mahon KMA, Lip G Y H. Psychological factors in heart failure: a review of the literature. *Arch Intern Med.* 2002;162:509-16.

Opasich C, De Feo S, Aquilani R, et al. Manuale operativo su alcune strategie di terapia non farmacologica. 3-57, 2002

Ahmed A. American College of Cardiology/American Heart Association chronic heart failure guidelines for the evaluation and management: relevance to geriatric practice. *J Am Soc Ger* 2003;51:123-6.

Rich M . Office management of heart failure in the elderly. *Am J Medicine* 2005;118:342-48.

Higashi T, Shekelle PG, Adams JL, et al. Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients. *Ann Intern Med* 2005;143:274-281.

Phillips CO, Sing R, Rubin HR, Jaarsma T. Complexity of program and clinical outcomes of heart failure disease management incorporating specialist nurse-led heart failure clinics. A meta-regression analysis. *Eur J Heart Failure* 2005;7 333– 41.

Gustafsson F, Arnold JM. Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. *Eur Heart J* 2004; 25, 1596–604

Fonarow GC. Quality indicators for the management of heart failure in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001;135:694-702.

Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.

Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1116–43.

Lee DS, Tran C, Flintoft V, Grant FC, Liu PP, Tu JV. Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team/Canadian Cardiovascular Society Heart Failure Quality Indicator Panel. CCORT/CCS quality indicators for congestive heart failure care. *Can J Cardiol*. 2003;19:357-64.

ACC/AHA Clinical performance measures for adults with chronic heart failure. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1144-78.

11. Partecipanti alla Consensus Conference “Il percorso assistenziale del paziente con SC”

Chairmen

Andrea Di Lenarda, Vincenzo Cirrincione

Coordinatori dei Gruppi di Lavoro

Guido Gigli	Epidemiologia
Renata De Maria.	Assorbimento di risorse
Andrea Mortara	Modelli gestionali
Luigi Tarantini	Prevenzione e screening
Gianfranco Alunni	Il paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato
Giuseppe Cacciatore	Il paziente stabile oligosintomatico
Fabrizio Oliva	Il paziente con SC avanzato candidabile a trapianto
Giovanni Pulignano	Il paziente con SC anziano e/o con comorbidità

Società Scientifiche e partecipanti ai Gruppi di Lavoro

AIMEF (Presidente GS. Tritto): L. Aprile, V. Contursi

ANCE (Presidente F. Perticone), L.D’Andrea

AMNCO (Presidente G. Di Pasquale): M. Abrignani, G. Alunni, G. Ansalone, G. Cacciatore, C. Campana, S. Capomolla, G. Castelli, V. Cirrincione, F. Clemenza, G. Di Eusanio, A. Di Lenarda, G. Di Tano, G. Gaschino, G. Gigli R. Gilardi, M. Iacoviello, F. Ingrassia, G. Majani, R. De Maria, D. Del Sindaco, L. Martinelli, F. Mazzuoli, L. Milani, G. Misuraca, A. Mortara, F. Musumeci, F. Oliva, R. Piccari, G. Pulignano, E. Radavelli, G. Rosato, M. Senni, M. Sommaruga, L. Tarantini, S. Urbinati, E. Vitali.

APRO (Presidente Maria Teresa Rodriguez)

ARCA (Presidente GB. Zito): E. Antoncicchi, C. Esposito, M. Verza

ATO (Presidente A. Limongi): G. Cianflone

CONACUORE (Presidente G. Spinella)

FADOI (Presidente I. Iori): G. Mathieu, M. Mattarei, R. Nardi, G. Vescovo

FIC (Presidente Attilio Maseri)

GICR (Presidente S. Pirelli)

METIS (Presidente S. Ausili): A. Brambilla, G. Titta, M. Ucci

SIC (Presidente MG. Modena): A. Caforio, M. Guazzi, R. Mariotti, M. Metra, G. Musca, S. Nodari, M. Penco, L. Zanolla

SICOA (Presidente C. Proto): F. Zacà, M. Coccozza, G. Cozzaglio

SICP (Presidente F. Zucco)

SIGG (Presidente M. Trabucchi)

SIMEU (Presidente V. Giustolisi): D. Coen

SIMG (Presidente C. Cricelli): PC. Brascesco, A. Filippi, P. Sforza

SIMI (Presidente PM. Mannucci): G. Mancuso, G. Parrinello

SNAMID (Presidente V. Bosisio): A. Cuffari

Hanno inoltre aderito:

Ministero della Salute (Direzione Generale Programmazione Sanitaria, F. Palumbo): L. Lispi

Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Epidemiologico Malattie Cardiovascolari): S. Giampaoli

Agenzia Sanitaria Regione Marche (Direttore F. Di Stanislao): A. Deales, C. Politi, A. Marcobelli

Agenzia Sanitaria Regione Friuli Venezia Giulia (Direttore G. Tosolini): S. Birri, S. Centonze

Azienda Sanitaria Locale Monza (Direttore PG. Pezzano): L. Cavalieri D’Oro, S. Lopiccoli, A. Zucchi

Azienda Sanitaria Locale Pavia (Direttore S. Del Missier): C. Cerra, S. Lottaroli

Osservatorio Epidemiologico Regione Sicilia (Dirigente A. Colucci): P. Di Gaetano

Provincia Autonoma di Bolzano (Dirigente C. Melani): P. Zuech

Ente Regione Basilicata Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale (Dirigente G. Montagano): R. Panarace

Si ringrazia per l’elaborazione dei dati del database del Ministero della Salute (ricoveri ospedalieri) il Dottor Giorgio Reggiardo (Data Management – Mediservice – Genova)