

GRUPPO DI LAVORO CHRONIC CARE MODEL - SCOMPENSO CARDIACO

G. Collecchia (coordinatore); F. Bovenzi, S. Cordaro, S. Cortini, F. Mazzuoli, P. Pacini, D. Romeo, A. Sacchetti, A. Santini, A. Zuppiroli

L'AMBULATORIO ORIENTATO ALLO SCOMPENSO CARDIACO NELL'AMBITO DEL CHRONIC CARE MODEL

Premessa

Lo scompenso cardiaco (SC) è una sindrome cronica, a significativo impatto clinico e sociale a causa dell'elevata morbilità e mortalità. Il medico di medicina generale (MMG) ha un ruolo essenziale nella prevenzione, diagnosi, trattamento e gestione complessiva della malattia, mediante l'integrazione multidisciplinare di diverse competenze, a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici del paziente. Come le altre malattie croniche lo scompenso cardiaco richiede, oltre alla gestione delle fasi di instabilità, l'individuazione di percorsi prevedibili della storia naturale e quindi un **approccio assistenziale programmato**, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva, anziché semplicemente sintomatica e attendista, come accade abitualmente per tradizione e prassi consolidata. Il Chronic Care Model (vedi PSR 2008-2010) consente di realizzare la cosiddetta medicina di iniziativa o proattiva, in grado di integrare punti di vista diversi ma complementari, definibili come "**agende**", intese come insiemi di priorità, esigenze, bisogni. Tale *setting assistenziale* è realizzabile avviando servizi definibili **Ambulatori Orientati**, cioè l'offerta di interventi predefiniti ad assistiti aggregati in modo omogeneo per patologia/rischio/problema. Nel caso specifico dello SC gli assistiti vengono contattati dal proprio MMG e, informati su vantaggi e svantaggi della proposta, viene offerta loro la possibilità di aderire a tale modalità assistenziale. La programmabilità dell'assistenza può consentire ai MMG di realizzare una migliore organizzazione del proprio lavoro e di tenere conto non solo dei bisogni clinici dei pazienti, ma anche di quelli socio-assistenziali.

NB: La maggior parte dei pazienti cronici sono in realtà affetti da più patologie la cui interazione produce condizioni cliniche complesse, dinamiche, soprattutto nelle situazioni cliniche più avanzate. Il modello descritto, orientato alla singola malattia, deve essere pertanto integrato, nel singolo caso, in modo da realizzare un percorso di cura indirizzato alla persona nella sua costellazione di comorbidità.

Epidemiologia e carico assistenziale

Lo SC è caratterizzato da un'alta prevalenza (0,3-2% della popolazione adulta, in Italia circa 600.000 pazienti già diagnosticati) e incidenza (0,1-0,2%, 87.000 nuovi casi/anno). Complessivamente, in Italia, circa 3 milioni di pazienti sono affetti da disfunzione ventricolare sinistra, tra sintomatici e asintomatici. Oltre il 50% dei pazienti ha più di 65 anni, un terzo si colloca tra i 65 e i 74 anni.

In Toscana, sulla base dei DRG, gli assistiti per SC viventi erano 19 e 18 per 1.000 residenti ultra15enni rispettivamente tra gli uomini e le donne (al 1-1-2007). Gli anziani ultrasessantacinquenni affetti da scompenso cardiaco sarebbero circa 55.000.

Lo SC condiziona non solo le capacità fisiche ma anche la vita familiare, sessuale, sociale e lavorativa. E' caratterizzato da alternanza di stabilità e instabilità, con frequenti ospedalizzazioni. E' frequente la comorbidità, in primis BPCO, anemia, insufficienza renale e diabete. La prognosi è infausta (mortalità globale 50% a 5 anni dalla diagnosi, 20-30% ad un anno nelle forme lievi-moderate e > 50% nelle gravi, in media 30-40%). Anche i soggetti asintomatici con disfunzione ventricolare sinistra (stadio B) presentano un rischio elevato di mortalità e morbilità. A causa dell'invecchiamento della popolazione, è previsto aumento del numero dei casi e quindi dei costi sociali nei prossimi anni, con elevato utilizzo di risorse (attualmente 2-2,5% della spesa sanitaria totale, 60-70% per le ospedalizzazioni, prima causa di ricovero negli over 65).

Destinatari e obiettivi dell'assistenza

Il modello si rivolge a soggetti **ad alto rischio di SC** e a pazienti **scompensati** (vedi tabella 1). Le modalità organizzative vengono impostate dal MMG sulla base del consenso dell'assistito (e della famiglia) e si articolano diversamente in funzione delle condizioni di gravità e di autosufficienza della persona malata e delle caratteristiche del bacino d'utenza (prevalenza della malattia, ostacoli alla ottimizzazione delle cure, risorse disponibili). Per ognuno dei pazienti, al momento dell'inserimento nel "percorso" si programma un piano assistenziale, che prevede l'inizio di un monitoraggio a cadenza prefissata effettuato dal MMG che è il referente per il progetto affiancato dal personale infermieristico. Il modello assistenziale si pone i seguenti obiettivi:

Nei pazienti asintomatici:

- Ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare sinistra (DVS) nei pazienti ad alto rischio
- Ritardare la progressione della DVS a scompenso conclamato

Nei pazienti sintomatici:

- Migliorare la qualità di vita
- Migliorare la soddisfazione per l'assistenza
- Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura
- Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera
- Migliorare l'appropriatezza degli interventi, intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente
- Migliorare la compliance ai farmaci ed alle misure relative allo stile di vita

Attori

- MMG
- Infermieri
- Specialisti ospedalieri di riferimento
- Medici di Comunità
- Assistenti sociali
- Dietisti
- Terapisti della riabilitazione

Oligo-asintomatico* (stadio C, classe NYHA I-II stabile)	Pianificazione terapia ** e follow-up***	MMG-I	Controlli presso ambulatorio orientato secondo piano assistenziale programmato (vedi scheda follow-up)
		C	<ul style="list-style-type: none"> • esegue gli esami strumentali • interviene in caso di peggioramento clinico senza pronta risposta alla terapia o per comparsa di complicanze (vedi box)
		D	Il MMG richiede la consulenza del dietista con l'obiettivo di rinforzare l'aderenza alle modificazioni terapeutiche dello stile di vita e prevenire/trattare l'eventuale stato di malnutrizione per difetto o per eccesso
Sintomatico* (stadio C, classe III, stabile)	Pianificazione terapia** e follow-up***	MMG-I	Vedi sopra
		C	Particolare importanza della prevenzione e riconoscimento delle cause di instabilizzazione**
		D	Vedi sopra
Instabile (classe III-IV)***	Valutazione grado autosufficienza (UVM) Pianificazione terapia** e follow-up***	MMG-I	Nei casi in cui non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problematiche socio-assistenziali il paziente viene seguito in regime di ADP o ADI con supporto infermieristico, specialistico e, nei casi indicati, sociale
		C-F MC-AS	
		D	Vedi sopra
*Per la definizione di SC si rimanda alle LG ESC 2008;** LG regionali 2007; *** vedi paragrafo follow-up; ^^ Nei soggetti ad alto rischio di SC può essere utile il dosaggio del pro-BNP per identificare i soggetti da sottoporre ad ecocardiografia			
Legenda: MMG = Medico di Medicina Generale); I = Infermiere; C = Cardiologo; F = Terapista della Riabilitazione MC = Medico di Comunità; AS = Assistente Sociale; D = Dietista			

PERCORSO ASSISTENZIALE

Il follow-up del paziente con scompenso cardiaco richiede la disponibilità di personale infermieristico formato alle problematiche clinico - assistenziali specifiche. Ha le seguenti finalità:

1. Educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, in particolare verifica dell'aderenza del paziente alla prescrizione terapeutica farmacologica e allo stile di vita
2. Educazione del paziente all'autogestione del diuretico e all'autoanalisi di alcuni parametri quali diuresi, peso, sintomi di allarme

3. Screening nutrizionale per l'identificazione del rischio nutrizionale secondo procedure definite e condivise nei pazienti malnutriti per difetto (metodo MUST) volto a identificare quei pazienti da indirizzare precocemente alla valutazione del dietista. Sulla base del livello di rischio rilevato (alto-medio-basso) devono essere implementate azioni conseguenti. La valutazione del rischio nutrizionale deve essere inserita nella cartella infermieristica.
4. Controllo efficacia, tollerabilità ed effetti collaterali del programma terapeutico
5. Prevenzione cause di instabilizzazione
6. Precoce riconoscimento eventuale instabilizzazione clinica e individuazione fattore precipitante. *(Non sempre infatti è indispensabile l'ospedalizzazione e il problema può essere in molti casi gestito e risolto ambulatoriamente, eventualmente tramite contatto con lo specialista di riferimento).*
7. Valutazione e controllo delle comorbilità e delle complicanze nel paziente in più gravi condizioni, ad esempio gestione lesioni da pressione, catetere vescicale, eventuale terapia infusiva

FOLLOW-UP DEL PAZIENTE STABILE

Classe NYHA I e II

Controlli clinici ogni 6 mesi da parte del MMG: presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo PDT concordati) + ECG acquisiti dall'infermiera + valutazione compliance + educazione terapeutica + somministrazione questionario QdV e soddisfazione una volta all'anno da parte dell'infermiera

Ogni 2 anni ecocardiogramma effettuato dal cardiologo

Classe NYHA III

Controlli clinici ogni 3 mesi da parte del MMG: presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo PDT concordati) + ECG acquisiti dall'infermiera + valutazione compliance + educazione terapeutica + somministrazione questionario QdV e soddisfazione una volta all'anno da parte dell'infermiera

Ogni anno ecocardiogramma effettuato dal cardiologo

Il paziente fragile (classe NYHA avanzata, polipatologia, scarsa capacità funzionale, impossibilità a deambulare, deterioramento cognitivo e problemi socioambientali, non autosufficienti, affetti da gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati, assenza di contesto familiare...) può essere assistito solo in un sistema coordinato di continuità socio-assistenziale, rivolto all'attenuazione della sintomatologia e al miglioramento della qualità di vita, di relazione, di morte. Nei casi in cui il paziente non possa accedere all'ambulatorio del MMG viene seguito in regime di ADP o ADI con il supporto al MMG referente del monitoraggio infermieristico. Viene eseguita una prima visita congiunta (infermiere e MMG, in alcuni casi anche cardiologo) a casa del paziente per pianificare il piano assistenziale e la frequenza dei controlli. Segue la fase di monitoraggio domiciliare da parte dell'infermiere che ad ogni controllo rileva eventuali variazioni di segni e sintomi di scompenso, parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, diuresi), misura il peso corporeo e si accerta della corretta assunzione dei farmaci e di eventuali significative variazioni / difficoltà nella assunzione alimentare. Tutte queste informazioni vengono comunicate al MMG. In caso di peggioramento clinico l'infermiere contatta il MMG che decide per la variazione terapeutica o la consulenza cardiologica. Se necessario, sulla base della prescrizione del MMG, l'infermiere esegue terapia infusiva di diuretici per via endovenosa. Per i pazienti a rischio nutrizionale medio (con apporti alimentari inadeguati) e alto si rende necessaria un'accurata valutazione dietetica ed interventi terapeutici appropriati attraverso supporto nutrizionale per os o artificiale in quanto la cachessia cardiaca è un importante elemento predittivo di ridotta sopravvivenza.

In caso di ospedalizzazione, la condivisione di obiettivi e percorsi assistenziali fra team ospedaliero, paziente, famiglia e team territoriale che prenderà in carico il paziente deve iniziare prima della dimissione, mediante contatto con il MMG.

CRITERI DI STABILITA' CLINICA, A FAVORE DELLA DOMICILIAZIONE

1. Assenza di sintomi di congestione
2. Assenza di angina pectoris o comunque stabilità della soglia ischemica
3. Assenza di peggioramento della dispnea, dell'affaticamento o delle palpitazioni durante sforzo fisico
4. Assenza di aritmie maggiori sintomatiche
5. Esame obiettivo invariato rispetto al precedente controllo
6. Stabilità del bilancio idrico (sodiemia > 134 mEq/l, variazioni di peso corporeo inferiori ai 3 kg rispetto al controllo)
7. Pressione arteriosa stabile e comunque PAS > 90 mmHg
8. Funzione renale stabile (creatininemia e azotemia invariate rispetto al precedente controllo)
9. Risoluzione o stabilizzazione di ogni causa reversibile di co-morbidità
10. Adeguatezza del supporto sociale, dell'educazione del paziente e del programma di assistenza
11. Buona tolleranza al farmaco e completa adesione al trattamento
12. Valore del BNP o pro-BNP alla dimissione

CRITERI DI INSTABILITA' CLINICA, A FAVORE DELLA OSPEDALIZZAZIONE

Al fine di ridurre sia i ricoveri ripetuti che la degenza media dei pazienti occorre stabilire e concordare criteri di avvio all'ospedalizzazione del paziente con diagnosi sospetta o accertata di scompenso cardiaco:

Ricovero immediato o consulenza immediata con lo specialista di riferimento

1. Edema polmonare acuto
2. Tachi o bradiaritmia sintomatica
3. Ipotensione arteriosa persistente e sintomatica o comunque PAS < 75 mm/Hg
4. Disturbi mentali attribuibili ad ipoperfusione cerebrale

Ricovero urgente o consulenza in giornata con lo specialista di riferimento

5. Classe NYHA III non preesistente (benessere a riposo, ma comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni per attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali, con conseguente grave limitazione dell'attività fisica) in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o d'ipertensione arteriosa.
6. Classe NYHA IV non preesistente (dispnea, affaticamento, palpitazioni presenti anche a riposo, con aumento dei disturbi ad ogni minima attività) in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o d'ipertensione arteriosa.
7. Presenza di dispnea, astenia, palpitazioni per attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali (NYHA III) o a riposo (NYHA IV), con conseguente grave limitazione dell'attività quotidiana, oppure anasarca o severi edemi declivi con segni gravi di congestione venosa (turgore giugulare, epatomegalia), nonostante la terapia farmacologica orale condotta, alle dosi massime tollerate, con A.C.E.-inibitori, diuretici e digitalici.
8. Comparsa/aggravamento di malattie extracardiache concomitanti aggravanti lo scompenso

Ricovero rapidamente programmato o consulenza in tre giorni con lo specialista di riferimento

9. danno d'organo correlato con lo scompenso: oligo-anuria o comparsa/peggioramento d'insufficienza renale con creatininemia ≥ 2.5 mg/dl o aumentata di 2 volte, comparsa o peggioramento iponatriemia (≤ 130 mEq/l)
10. Aritmie sintomatiche con elevata frequenza cardiaca a riposo (> 130 /min) o con bassa frequenza cardiaca (< 50 /min).
11. Assenza di compliance alla terapia per problemi cognitivi e inadeguata assistenza domiciliare

Tutte le azioni previste da operatori non presenti nelle varie realtà ai fini della valutazione si dovranno considerare come comunque effettuate.