

ASP 7 Ragusa
Distretto Sanitario Vittoria
Dott.ssa M. C. Distefano

Rev. 01
del 02/02/2015

Pag. 1 di 9

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLO SCOMPENSO CARDIACO

*Continuità Assistenziale Ospedale/Territorio
nel paziente con scompenso cardiaco*

<i>INDICE DELLE EDIZIONI - REVISIONI</i>				
N°	DATA	DESCRIZIONE	SEZIONE VARIATA	PAGINE VARIATE
00	Dic. 2011	<i>Prima emissione</i>	tutte	tutte
01	Feb. 2015	<i>Seconda emissione</i>	tutte	tutte

Redazione / Aggiornamento	Verifica / Approvazione	Autorizzazione alla diffusione
Componenti tavolo tecnico	Direttore Sanitario ASP Ragusa Dr. G. Drago	Direttore Generale ASP Ragusa Dr. M. Aricò



1. Background

Lo scompenso cardiaco in Italia è caratterizzato da un'alta prevalenza (0,3%-2% della popolazione adulta) e incidenza (0,1-0,2%).

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. Un fenomeno in crescita - si tratta della più comune causa di ospedalizzazione per i pazienti con più di 65 anni - che in Italia registra quasi 200 mila casi ogni anno, di cui 15 mila solo in Sicilia.

L'obiettivo dell'ASP, di concerto con i MMG e gli Specialisti Cardiologi è quello di “definire gli strumenti atti a migliorare i Percorsi Diagnostico Terapeutici per i pazienti con scompenso cardiaco”, precedentemente adottati dall'ASP, ed implementare un sistema di continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio (**rete**) per la cura dello Scompenso Cardiaco (SC).

Tenuto conto che, con l'allungamento della vita media, il numero di pazienti affetti da SC è sempre crescente e che la spesa sanitaria, per tale patologia, è in aumento esponenziale, è di fondamentale importanza revisionare i precedenti percorsi diagnostico-terapeutici, in ottemperanza agli indirizzi assessoriali.

A garanzia della continuità e qualità delle cure offerte al paziente è auspicabile e fondamentale una sana comunicazione e una fattiva e puntuale condivisione dei percorsi assistenziali tra Specialista Ospedaliero e MMG.

Al momento delle “**Dimissioni facilitate**” di un paziente ricoverato per scompenso cardiaco gli verranno fornite:

- una **Relazione di dimissione**, dove sarà specificata la stadiazione dello scompenso e la programmazione delle date dei vari controlli strumentali e/o biumorali (follow-up clinico a breve o a lungo termine). Contestualmente verrà prenotata la successiva visita di controllo;
- una **Scheda di comunicazione**, conforme al documento proposto dall'ANMCO Nazionale, (qui allegato) destinata solo al MMG, contenente maggiori informazioni sulla malattia del paziente e sul suo decorso (dati clinici, strumentali e di laboratorio rilevati all'atto del ricovero e alla dimissione).
- Un **Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)**, in relazione al profilo di rischio del paziente (*gravità della malattia, stabilità emodinamica, presenza di comorbidità, condizioni socio-familiari*).



- **Segnalazione al PUA** per attivazione del processo di continuità assistenziale ospedale-territorio. Infatti il MMG verrà informato dell'evento acuto che ha determinato il ricovero del proprio paziente e mediante il PAI, consegnato al paziente all'atto della dimissione, avrà uno strumento idoneo per il proseguimento e/o aggiustamento delle cure e l'effettuazione dei follow-up consigliati dallo specialista ospedaliero

I pazienti dimessi appartenenti allo **stadio B (con necessità di ricovero)** ed i pazienti degli **stadi C e D (scompenso cardiaco più avanzato)** saranno seguiti presso l'**Ambulatorio Dedicato allo scompenso (HUB)** degli Ospedali dell'ASP (Modica, Ragusa e Vittoria).

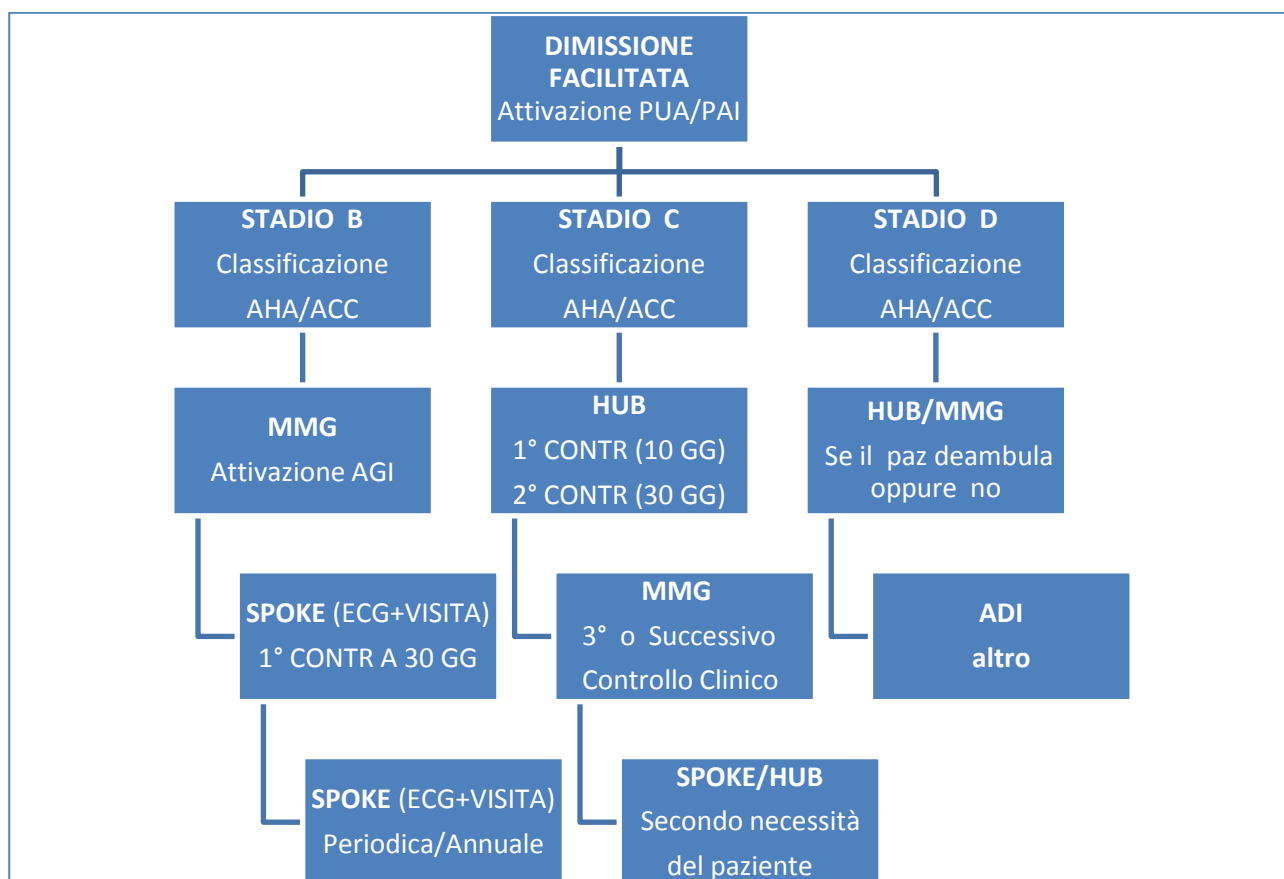
Tale ambulatorio effettuerà i primi controlli di follow-up ambulatoriale post-dimissione dei pazienti stadio B e C, entro il 1° mese, i successivi controlli dovranno essere gestiti in ambito di Ambulatorio AGI- Scompenso Cardiaco, al quale il paziente sarà affidato;

i controlli dei pazienti con SC severo, instabili (Stadio C avanzato e Stadio D) verranno effettuati: entro i successivi 10 giorni il primo, entro il 1° mese il secondo e a discrezione del MMG i successivi, tenendo conto delle condizioni di trasportabilità del paziente.

Lo specialista dell'HUB, in occasione della visita, oltre alla programmazione del successivo controllo si occuperà personalmente della prenotazione. (**Flow chart n°1**)



Flow chart 1



I pazienti che vengono visitati in ambulatori di cardiologia (ospedalieri o del territorio) e che, dopo visita specialistica, rientrano nello stadio A o B (senza necessità di ricovero), sono affidati al MMG per la correzione dei fattori di rischio e degli stili di vita e/o aggiustamento della terapia medica. Sarà compito del MMG programmare i follow-up (*Flow chart n°2*)

Il ricovero ospedaliero sarà riservato solo a quei pazienti affetti da scompenso acuto, ai cronici riacutizzati, o comunque a quelli con SC grave che necessitano di trattamenti intra-ospedalieri.

Altro aspetto importante da attenzionare, è il **momento di educazione ed informazione del paziente e dei “care-givers”** affidato al MMG.



La responsabilizzazione del paziente e/o i propri familiari, o di chi lo “gestisce”, ad assumere un ruolo affidabile e attivo nella gestione di questa malattia consente di raggiungere una “**Gestione Integrata**” efficace ed efficiente.

2. Definizioni

Scompenso Cardiaco è l’incapacità del cuore di fornire sangue in quantità adeguate alle richieste dell’organismo.

Secondo l’OMS l’insufficienza cardiaca è una diminuzione delle capacità fisiche per problemi della funzione ventricolare.

3. Classificazione in Stadi (secondo le *Società Scientifiche AHA/ACC*).

- **Stadio A:** Pazienti a rischio di scompenso cardiaco, ma senza alterazioni strutturali cardiache.
- **Stadio B:** Pazienti con alterazioni strutturali cardiache, ma senza sintomi di scompenso cardiaco.
- **Stadio C:** Pazienti con alterazioni strutturali cardiache e sintomi di scompenso cardiaco, che rispondono al trattamento terapeutico.
- **Stadio D:** Pazienti con Scompenso cardiaco grave che necessitano di particolari trattamenti intraospedalieri (supporti circolatori meccanici, infusione continua di farmaci inotropi, ecc).

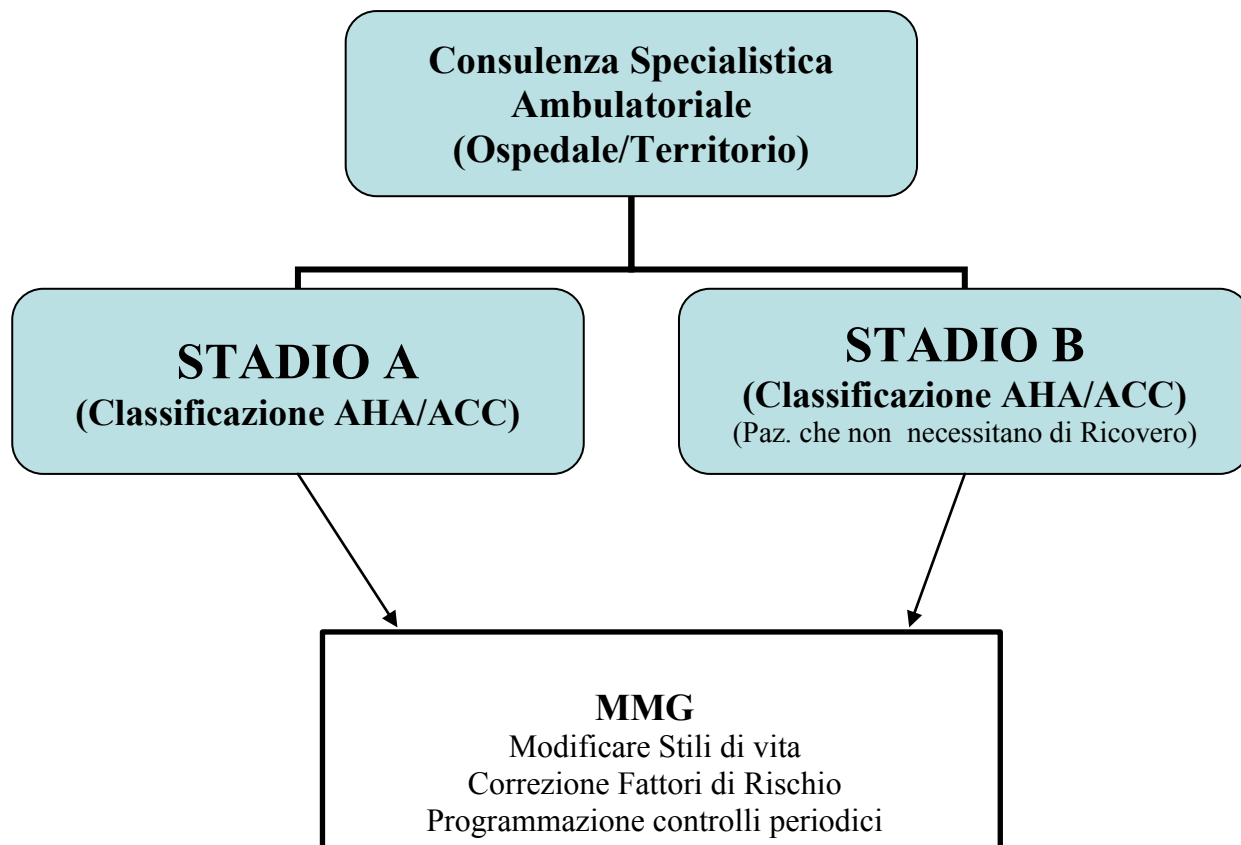


Legenda:

- **DIMISSIONE FACILITATA:** Dimissione di paziente che dopo l'evento acuto deve essere inserito in percorsi assistenziali dedicati;
- **MMG:** Medico di Medicina Generale.
- **HUB:** Ambulatorio Dedicato allo Scompensamento degli Ospedali.
- **SPOKE:** Sono i PTA presenti, attualmente nel territorio di Comiso, lo saranno nei territori di Vittoria ed Acate.
- **PUA:** Punto Unico di Accesso, presente a Vittoria, Comiso ed Acate.
- **PAI:** Piano di Assistenza Individuale redatto dallo Specialista dell'Ospedale e/o del poliambulatorio in relazione al profilo di rischio del paziente (gravità della malattia, stabilità emodinamica, presenza di comorbilità, condizioni socio-familiari).
- **AGI:** Ambulatorio Gestione Integrata
- **ADI:** Assistenza Domiciliare Integrata
- **ADP:** Assistenza Domiciliare Programmata
- **RSA:** Residenza Sanitaria Assistita



Flow chart 2





**INFORMAZIONI PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
SUL PAZIENTE DIMESSO DALL'OSPEDALE DOPO UN RICOVERO PER
SCOMPENSO CARDIACO**

NOME _____
COGNOME _____
età _____

SCOMPENSO CARDIACO

Data **ingresso** ___/___/___ Data **dimissione** ___/___/___

De novo Riacutizzato

Peso all'ingresso Kg _____ Pressione arteriosa alla dimissione: _____ mmHg
Peso «secco» alla dimissione Kg _____

Frequenza cardiaca alla dimissione _____ bpm	Target FC < 70 bpm	Raccomandazione Linee Guida ESC 2012 Scompenso Cardiaco
--	------------------------------	--

BNP o NT-pro BNP all'ingresso pg/ml _____	* BNP < 250 pg/ml NT-proBNP < 1000	→	Basso rischio
BNP o NT-pro BNP alla dimissione * pg/ml _____	* BNP 250-500 pg/ml NT-proBNP 1000-5000	→	Medio rischio
	* BNP > 500 pg/ml NT-proBNP > 5000	→	Alto rischio

Funzionalità renale: eGFR (MDRD) _____ ml/min	eGFR > 60 ml/min	→	Basso profilo di rischio
	eGFR 30-60 ml/min	→	Medio profilo di rischio
	eGFR < 30 ml/min	→	Alto profilo di rischio
Iponatriemia NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Iponatriemia	→	Alto rischio

ECOCARDIOGRAMMA:

Disfunzione sistolica VS:	Disfunzione diastolica VS:
<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Assente
<input type="checkbox"/> Lieve (FE 40-50%)	<input type="checkbox"/> Grado I (Alterato rilasciamento)
<input type="checkbox"/> Moderata (FE 30-40%)	<input type="checkbox"/> Grado II (Pattern pseudonormale)
<input type="checkbox"/> Severa (FE < 30%)	<input type="checkbox"/> Grado III (Pattern restrittivo)

ECG:

Ritmo sinusale
 Fibrillazione atriale
 BBS
 Pacemaker

Classe **NYHA** alla dimissione _____



Indicatori Scopenso

1. Prevalenza scopenso cardiaco;
2. Pazienti con diagnosi di scopenso cardiaco con almeno ECG e una Ecocardiografia registrata;
3. Pazienti con diagnosi di scopenso cardiaco con almeno una prescrizione di Ace-Inibitori o Sartani (ATC 09) negli ultimi 365 giorni;
4. Pazienti con diagnosi di scopenso cardiaco con almeno una prescrizione di beta bloccanti (ATC C07) negli ultimi 365 giorni.



Componenti tavolo tecnico

Dr. Maurizio Aricò	Direttore Generale
Dr. Giuseppe Drago	Direttore Sanitario
D.ssa Maria Concetta Distefano	Direttore Distretto Vittoria e Direttore ff Distretto Ragusa
D.ssa Angelina Militello	Direttore Distretto Modica
D.ssa Paola Sgarlata	Direttore Servizio Assistenza Sanitaria di Base
Dr. Giulio Vladimiro Lettica	Direttore SC Cardiologia P.O. Vittoria
Dr. Antonio Nicosia	Direttore SC Cardiologia P.O. Ragusa
Dr. Guglielmo Piccione	Direttore ff SC Cardiologia P.O. Modica
Dr. Salvatore Pappalardo	Spec. Cardiologia Poliamb. Vittoria
Dr. Giuseppe Caccamo	Presidente FIMMG
Dr. Roberto Licitra	Segretario Provinciale FIMMG
Dr. Giovanni Digiacomò	Presidente SIMG
Dr. Rosario Morello	Segretario Provinciale SIMG
Dr. Alessandro Tumino	Rappresentante SMI
Dr. Roberto Zelante	FIMMG
Dr. Carmelo Elio Distefano	FIMMG
Dr. Rosolino Iurato	FIMMG