

# La gestione integrata fra ambulatorio scopenso e cure primarie per la personalizzazione del follow-up nel paziente con scopenso cardiaco

Renata De Maria<sup>1</sup>, Gianfranco Misuraca<sup>2</sup>, Massimo Milli<sup>3</sup>, Alessandro Filippi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, A.O. Niguarda Ca' Granda, Milano, <sup>2</sup>U.O. di Cardiologia, Ospedale SS. Annunziata, Cosenza, <sup>3</sup>U.O. di Cardiologia, Ospedale S. Maria Nuova, Firenze, <sup>4</sup>Area Cardiovascolare, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Firenze

**Key words:**

Continuity of care;  
Heart failure;  
Integrated care;  
Outpatient clinic;  
Primary care.

Continuity of care is pivotal to appropriately manage patients affected by heart failure (HF). HF is a chronic disease with frequent exacerbations that requires long-term care at different complexity levels. The lack of adequate communication between hospital cardiologists and primary care physicians (PCPs) is the main pitfall in continuity of care for HF patients.

To overcome this problem, all dedicated outpatient HF clinics should organize together with PCPs in the community educational and auditing initiatives, based on locally derived performance measures to assess the appropriateness and effectiveness of integrated care pathways. The primary task of PCPs is to follow up stable HF patients and focus assessment on patient empowerment, adjustment of drug therapy, assessment of clinical stability and the early identification of worsening signs and symptoms. The progress of information technology should help in achieving adequate communication between hospital professionals and PCPs; outpatient clinical records should in any case comply with qualitative standards of discharge summaries for all patients taken in charge by PCPs. Systematic assessment of shared care between hospital cardiologists and PCPs will be a main objective of the outpatient HF clinic network in the near future.

(G Ital Cardiol 2010; 11 (5 Suppl 2): 385-445)

© 2010 AIM Publishing Srl

**Per la corrispondenza:**

Dr.ssa Renata De Maria

Istituto di Fisiologia  
Clinica del CNR

Dipartimento Cardiologico

A.O. Niguarda Ca' Granda

Piazza Ospedale

Maggiore, 3

20162 Milano

E-mail: renata\_de\_maria@  
hotmail.com

La continuità assistenziale è uno degli elementi fondamentali per una corretta gestione dello scopenso cardiaco (SC) che, per la sua caratteristica di malattia cronica con riacutizzazioni più o meno frequenti, richiede assistenza continua con livelli di complessità differenziati e non uniformemente progressivi in tutto l'arco della sua evoluzione, dai primi sintomi alle fasi terminali.

Un problema ben lontano dalla soluzione se, come ha evidenziato lo studio TEMISTOCLE<sup>1</sup>, nel nostro paese per circa la metà dei pazienti ricoverati per SC non è previsto alcun programma di continuità assistenziale strutturata alla dimissione dall'ospedale, indipendentemente dal reparto di dimissione, un dato che peraltro esprime una media di realtà molto diverse tra loro per aspetti organizzativi.

Eppure in letteratura sono ormai chiari i benefici che derivano dalla sorveglianza attiva del paziente con scopenso, come per altre patologie croniche, qualunque sia la modalità scelta. Una recente metanalisi di 29 studi (5039 pazienti)<sup>2</sup> documenta come programmi con diverse modalità di follow-up – telefonico eseguito da personale infermieristico dedicato, ambulatoriale medico, Heart Failure Clinic multidisciplinare – siano tutti in grado

di ridurre significativamente il numero dei reingressi ospedalieri per SC.

Il documento di consenso intersocietario promosso dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) nel 2006<sup>3</sup> ha sottolineato con forza l'imprescindibilità di un'integrazione forte fra la componente ospedaliera e territoriale per un'efficace gestione del percorso assistenziale del paziente con SC.

L'ambulatorio dedicato allo SC può rappresentare l'*anello mancante* per realizzare la continuità assistenziale indispensabile per una corretta assistenza a questi pazienti. L'esperienza di molte delle strutture della rete attualmente denominata IN-CHF che, a partire dalla loro istituzione nel 1995, su iniziativa del Centro Studi e dell'Area Scopenso dell'ANMCO, si sono progressivamente distribuite su tutto il nostro territorio nazionale va in questa direzione. Gli ambulatori per lo SC rappresentavano tra l'altro un'imperdibile occasione per portare avanti progetti di ricerca clinica ed epidemiologica tradizionali, ma anche programmi tesi a orientare e uniformare correttamente la pratica clinica attraverso l'applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi e la raccolta obbligatoria di variabili indispensabili per definire il quadro clini-

### Punti chiave

- L'insufficiente comunicazione tra l'ospedale e il territorio pare essere la maggiore criticità nella continuità assistenziale al paziente con scompenso cardiaco (SC).
- Il medico di medicina generale (MMG), responsabile complessivamente dell'assistenza territoriale, dovrebbe gestire autonomamente i pazienti in condizioni di stabilità con controlli periodici focalizzati sul coinvolgimento attivo del paziente, il costante adeguamento della terapia, la verifica della stabilità clinica, l'identificazione precoce di peggioramento della malattia e delle sue cause.
- Nei pazienti in classe funzionale avanzata il controllo cardiologico deve essere flessibile e lo specialista dovrebbe fornire indicazioni precise, meglio se scritte al paziente e ai familiari su quando richiedere l'intervento del MMG e sui segni/sintomi di instabilizzazione che richiedono consulenza specialistica.
- Per uniformare il dialogo interprofessionale e valutare l'efficacia dei percorsi di cura è auspicabile che tutti gli ambulatori dedicati organizzino congiuntamente con i MMG del territorio afferente, iniziative di confronto e formazione su indicatori e dati assistenziali rilevati localmente, percorsi e risultati assistenziali.
- Le priorità indicate dai MMG per migliorare la gestione dei pazienti con SC sono la condivisione e la formazione ai percorsi integrati, la possibilità di accesso diretto e rapido agli esami strumentali ed alla consulenza specialistica, il potenziamento dello strumento dell'assistenza integrata per la gestione domiciliare dei pazienti complessi.

co-prognostico del paziente: seguendo questa metodologia di lavoro gli ambulatori della rete sono diventati negli anni capaci di produrre dati di rilevante valore scientifico e un gran numero di lavori pubblicati su riviste *peer-reviewed*, spesso ad elevato *impact factor*<sup>4-9</sup>.

### L'ambulatorio dedicato: la risposta a tutti i problemi?

La fase di avvio degli ambulatori dedicati allo SC è stata imperniata su un modello a gestione ospedaliera con conduzione medica e infermieristica quasi esclusivamente cardiologica, nella convinzione che questo modello potesse fornire le migliori risposte in termini clinici e fosse sufficiente alle necessità assistenziali dei pazienti con SC. Ben presto però si sono manifestati importanti limiti di natura clinica e gestionale:

- l'inevitabile saturabilità delle risorse di fronte ad un carico assistenziale sproporzionato, anche perché, come in altre esperienze, la disponibilità di strutture dedicate determinava un aumento progressivo della domanda di prestazioni;
- la difficoltà di gestione per una buona parte di pazienti o con scompenso refrattario e/o con altre comorbilità invalidanti soprattutto se anziani fragili, non in grado di effettuare, per la gravità della malattia, un follow-up ambulatoriale, per i quali diventava necessario stabilire collaborazioni strutturate con altre specialità per affrontare in maniera ottimale i diversi aspetti della malattia;

- l'offerta di un servizio non sempre personalizzato in base al livello di gravità e rischio.

Gli ambulatori, con il ruolo insostituibile che si sono conquistati nella cura del paziente con SC (Tabella 1), devono quindi necessariamente essere integrati in un sistema assistenziale che veda coinvolti diversi attori. Se all'interno degli ospedali è auspicabile che si istituiscano ambulatori nei quali operano gruppi di lavoro costituiti da cardiologi, internisti, geriatri, che gestiscano le diverse tipologie di pazienti e gli stessi pazienti nelle diverse fasi della loro malattia in base alle competenze specifiche, con la collaborazione strutturata di altri specialisti, per i pazienti ambulatoriali è necessario realizzare un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) nella gestione dei loro malati, affidando loro in maniera quasi esclusiva quelli in fase di stabilità.

Molti centri della rete ANMCO hanno nel corso degli anni pubblicato esperienze positive di gestione del paziente con SC con supporto infermieristico dedicato e coinvolgimento dei MMG<sup>10-12</sup>, documentando una riduzione dei ricoveri e un incremento della prescrizione di farmaci raccomandati. Tuttavia le frequenti riospedalizzazioni rimangono un problema grave ed attuale<sup>13</sup>, a sostegno del concetto, affermato con forza nel documento di consenso intersocietario<sup>3</sup>, che la collaborazione non dovrebbe essere affidata esclusivamente alla volontà e impegno dei singoli professionisti, ma piuttosto strutturata attraverso un'attiva regia istituzionale.

**Tabella 1.** Attività dell'ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco.

#### *Paziente non noto, con sintomi e segni clinici sospetti*

Conferma/esclusione della diagnosi di scompenso mediante gli algoritmi diagnostici suggeriti dalle linee guida

#### *Paziente con diagnosi confermata di scompenso cardiaco*

Impostazione dell'iter orientato a:

Definizione eziologica

Stratificazione prognostica

Impostazione terapeutica, per la successiva titolazione da parte del MMG, nel paziente stabile

#### *Paziente con scompenso avanzato o compromissione grave per pluripatologia*

Rivalutazione del peso reale di controindicazioni a betabloccanti/ACE-inibitori o sartani

Implementazione dei dosaggi verso l'ottimizzazione terapeutica quando i farmaci sono impiegati a basse dosi per il timore di effetti collaterali

Corretta indicazione alla terapia di resincronizzazione in pazienti ancora sintomatici dopo attenti tentativi di ottimizzazione terapeutica

#### *Tutti i casi di scompenso cardiaco confermato*

Educazione all'autogestione per paziente e familiari

Adozione di alimentazione e stile di vita corretto

Controllo del peso corporeo, della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca

Modulazione della terapia diuretica

Riconoscimento di segni e sintomi di instabilizzazione

#### *Pazienti ad alto rischio selezionati dai MMG in base ad indicatori specifici*

Screening per la ricerca di disfunzione ventricolare asintomatica

ACE = enzima di conversione dell'angiotensina; MMG = medico di medicina generale.

## Il medico di medicina generale

Se l'insufficiente comunicazione tra l'ospedale e il MMG, principale *gestore* del paziente con SC, pare essere la maggiore criticità nella continuità assistenziale a questi soggetti, molteplici fattori sembrano ad essa sottesi:

- mancata identificazione operativa dei "livelli minimi di assistenza" in medicina generale;
- relativa marginalità, in termini di prevalenza, dello SC nel lavoro del MMG: mediamente 10-20 pazienti contro 250-350 ipertesi, 80-100 diabetici, 40-50 soggetti con distiroidismo;
- coinvolgimento plurispecialistico per una parte dei pazienti con scompenso, non solo per le copatologie, ma spesso per i diversi aspetti della patologia cardiaca (ambulatorio aritmologia, ambulatorio ischemici, ecc.), con indicazioni terapeutiche e follow-up non sempre coerenti/coordinati tra loro, che generano confusione nel medico e accentuano la tentazione alla delega totale del paziente;
- cessazione dell'impegno specialistico quando il malato diviene permanentemente o temporaneamente intrasportabile per eventi intercorrenti: in queste circostanze sul MMG ricade l'intero peso della gestione dello scompenso in un soggetto complesso e fragile;
- sostanziale diversità dei pazienti con SC assistiti prevalentemente o esclusivamente dal MMG dal tipico paziente seguito dalle Cardiologie: età più avanzata, sesso femminile prevalente, almeno la metà con frazione di eiezione conservata, presenza di copatologie rilevanti;
- solo una minoranza di questa categoria di pazienti richiede controlli cardiologici periodici: la gran parte è infatti stabilmente in classe NYHA I-II e alcuni presentano un *mix* di età avanzata, copatologie gravi, difficoltà di spostamento che rendono l'intervento cardiologico difficoltoso o di minor rilevanza; inoltre, la maggior parte degli scompensati in caso di ricovero viene ammesso a reparti non cardiologici e quindi, in assenza di coordinamento intraospedaliero, mantiene come riferimento specialistico l'internista;
- forte disomogeneità nella preparazione e nell'interesse dei MMG nei confronti dello SC;
- ampia variabilità delle forme di organizzazione professionale della medicina generale sul territorio: dalla pratica singola alla medicina di gruppo, alle reti informatiche che attivano *audit* periodici, con variabile presenza e tipologia di personale di studio.

Il cardiologo deve quindi solitamente collaborare con un collega di cui non conosce il livello di preparazione e che può avere capacità di presa in carico del paziente molto variabili, sia per competenza che per organizzazione del lavoro. Nonostante questi problemi, il contributo assistenziale del MMG al percorso gestionale del paziente con SC rimane essenziale poiché questa figura professionale garantisce:

- la gestione complessiva della salute secondo le esigenze del singolo paziente e delle copatologie;
- la continuità dell'assistenza nel corso degli anni;
- l'accesso semplice, immediato e gratuito quando paziente e familiari lo ritengono opportuno;
- la conoscenza dell'ambiente familiare e sociale del paziente.

Per uniformare il dialogo interprofessionale è pertanto auspicabile che tutti gli ambulatori scompenso organizzino congiuntamente con i MMG del territorio afferente, iniziative di confronto e formazione per rivedere insieme, ove possibile attraverso il confronto su indicatori e dati assistenziali rilevati localmente, percorsi e risultati assistenziali.

Il ruolo del MMG nelle attività rivolte al paziente con SC<sup>3</sup> è sintetizzato nella Tabella 2. Il MMG dovrebbe gestire autonomamente i pazienti in condizioni di stabilità seguendoli con controlli periodici ogni 3-6 mesi, focalizzandosi in particolare sul coinvolgimento attivo del paziente, il costante adeguamento della terapia in termini di tipo e dosaggio di farmaci, la verifica della stabilità clinica (Tabella 3) e l'identificazione precoce di peggioramento della malattia e delle sue cause.

**Tabella 2.** Compiti del medico di medicina generale nella gestione del paziente con scompenso cardiaco.

---

Verifica e rinforzo della compliance non farmacologica: introito di acqua e sale, dieta in rapporto ad eventuali fattori di rischio cardiovascolare
Educazione del paziente al corretto stile di vita
Verifica e rinforzo della compliance alla terapia medica
Controllo dello schema farmacologico in relazione alla politerapia per comorbidità
Verifica della stabilità clinica attraverso il controllo periodico di sintomi e segni clinici
Pressione arteriosa, polso
Auscultazione cardiaca e polmonare
Peso corporeo
Segni di congestione (edemi declivi, pressione venosa giugulare, reflusso epato-giugulare)
Prescrizione di monitoraggio ematochimico della terapia in corso o per altra patologia
Prevenzione e riconoscimento precoce delle instabilizzazioni
Coordinamento delle cure familiari
Interazione con i servizi socio-sanitari
Attivazione delle consulenze specialistiche/ricovero ospedaliero in caso di instabilizzazione o necessità diagnostiche non gestibili con interventi di primo livello
Assistenza domiciliare

---

**Tabella 3.** Indicatori di stabilità clinica nello scompenso cardiaco.

---

<b>Criteri clinici</b>
Bilancio idrico stabile, incremento della dose di diuretico $\leq 1$ 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 $\geq 50$ o $\leq 100$ b/min (in generale)
Assenza di angina o angina stabile da sforzo
Assenza di aritmie maggiori sintomatiche (scarica defibrillatore impiantabile $\leq 1$ /mese)
Capacità funzionale invariata
<b>Criteri di laboratorio</b>
Funzione renale stabile (creatinemia $< 2.5$ mg/dl)
Natriemia stabile ( $> 130$ mEq/l)
Consumo massimo di ossigeno senza significative variazioni ( $< 2$ ml/kg/min)

---

## L'evoluzione della medicina generale migliora le opportunità di integrazione assistenziale

L'impiego ormai estensivo del computer, obbligatorio in base all'ultimo Accordo Collettivo Nazionale, che disciplina l'attività lavorativa del MMG, così come la trasmissione all'Azienda Sanitaria di informazioni sull'attività professionale, faciliterà l'individuazione e l'applicazione di indicatori e standard di qualità, estraibili dalla cartella informatizzata per l'autovalutazione con diversi strumenti, come proposto già da alcuni anni dalla Società Italiana di Medicina Generale. Disporre di una medicina generale che garantisce livelli minimi standard consentirà un'assistenza più equa ed omogenea, una migliore pianificazione delle risorse e delle iniziative di miglioramento, mentre lo specialista saprà su cosa può contare in ambito territoriale.

La diffusione delle forme associative anche complesse consentirà di utilizzare al meglio il personale ausiliario, modificare l'organizzazione di studio per gestire progetti aziendali. In base al livello di complessità, la forma associativa potrà rappresentare un interlocutore omogeneo e affidabile per le cure di secondo livello. Altra opportunità di interfaccia sono le reti di MMG che, spontaneamente, decidono di condividere in modo anonimo i loro dati in modo da poter valutare l'attività professionale e strutturare iniziative di miglioramento, autonome o concordate con l'Azienda Sanitaria o la Regione. La disponibilità di percorsi diagnostico-terapeutici concordati è sicuramente utile per facilitare la comunicazione e la collaborazione ospedale-territorio e per garantire un'assistenza omogenea e di qualità.

La disponibilità in molte regioni di sistemi informatici che consentiranno a tutti gli operatori autorizzati di accedere al fascicolo sanitario individuale, contenente tutti i dati sanitari disponibili per il singolo cittadino, e la possibilità di trasmettere i dati in forma criptata permetteranno modalità nuove di invio per consulenza e risposta al MMG. Per ovviare al problema della consultazione non selezionata di una mole di dati accumulatisi negli anni è prevista la creazione e la messa in rete di una sintesi di dati essenziali, che verrà realizzata ed aggiornata dal MMG e messa a disposizione di tutti i soggetti autorizzati. In caso di consultazione il MMG potrebbe far precedere la visita dall'invio delle informazioni essenziali, quali lo schema terapeutico in corso, gli esiti di controlli ematici, eventi intercorrenti maggiori, estraendole dalla propria cartella clinica informatizzata, e lo specialista potrebbe rispondere in modo analogo, riducendo il lavoro di scrittura/trascrizione e rendendo più completo e rapido il dialogo.

## I punti critici: la prospettiva del medico di medicina generale

Se le caratteristiche tipiche dell'assistenza fornita dal MMG possono consentire di gestire ambulatoriamente o al domicilio, per anni, la gran parte della popolazione scompensata, limitando il carico di lavoro specialistico/ospedaliero e mantenendo una migliore qualità di vita per pazienti e familiari, in presenza di instabilità clinica non immediatamente controllabile con interventi semplici (aumento della dose orale di diuretico, ecc.), la sorveglianza esclusivamente territoriale del paziente si scontra con queste criticità:

- numero esiguo dei parametri rilevabili in corso di controllo ambulatoriale o domiciliare;
- difficoltà di accedere a consulenze specialistiche cliniche e strumentali urgenti;
- scarso tempo a disposizione per eseguire a domicilio uno stretto follow-up nei pazienti instabili in assenza di personale infermieristico che faccia riferimento diretto al MMG;
- scarso coordinamento con i medici di continuità assistenziale.

Le modalità di gestione del paziente con scompenso e le esigenze espresse dai MMG italiani sono state analizzate del tutto recentemente<sup>14</sup> raccogliendo le opinioni dei partecipanti ad iniziative formative proposte dalle Cardiologie italiane. Le priorità indicate dai MMG per migliorare la gestione dei pazienti con scompenso sono la possibilità di accesso diretto e rapido agli esami strumentali ed alla consulenza specialistica. Ai cardiologi richiedono maggiore disponibilità di tempo ed una più chiara e dettagliata documentazione clinica.

La necessità di miglioramento e le modalità dello stesso sono già state affrontate nel documento intersocietario<sup>3</sup>, che ha fortemente enfatizzato l'opportunità di un'attivazione istituzionale per garantire in maniera strutturale l'integrazione ospedale-territorio. In questi anni sono partite sul territorio nazionale numerose esperienze di progetti aziendali nello SC con il coinvolgimento dei MMG, con risultati estremamente disomogenei. Le difficoltà maggiori si rilevano quando il progetto:

- non è condiviso su un piano paritario da tutte le componenti professionali fin dal suo concepimento;
- privilegia aspetti burocratici, imponendo una pesante reportistica aggiuntiva, non compresa nell'attività assistenziale convenzionale, e non in relazione con le prestazioni di tipo clinico, anche se previsto un compenso *ad hoc*;
- non viene inserito nell'ambito della normale attività lavorativa, ma si sovrappone/aggiunge ad essa in modo artificioso;
- ha una durata limitata nel tempo, mentre si propone un miglioramento senza limiti temporali;
- non prevede momenti di confronto *in itinere* e la contemporanea crescita professionale del MMG, per identificare e superare criticità inizialmente non previste e per fornire *feedback* informativi e motivazionali ai partecipanti;
- non prevede l'integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici proposti, rivolti in genere a soggetti con patologie croniche, nel caso frequente di più comorbilità, con il risultato di percorsi non sempre tra loro coerenti.

## Una ricetta per la strada giusta?

Fra le esperienze in essere riportiamo quella dell'Azienda Sanitaria di Firenze, elaborata in collaborazione fra rappresentanti della medicina generale e la Cardiologia dell'Ospedale S. Maria Nuova di Firenze.

L'ambulatorio scompenso è gestito da 2 medici e 2 infermiere dedicate, segue in follow-up attualmente 539 pazienti, con un'età media di 73 anni, 50% in classe funzionale NYHA III, 40% in classe funzionale NYHA I-II. L'attività si articola su una serie di controlli medici preordinati sulla base delle caratteristiche cliniche del paziente e su un programma di controlli infermieristici (Tabella 4).

**Tabella 4.** Strumenti operativi dell'ambulatorio scompenso. L'esperienza della Cardiologia di S. Maria Nuova di Firenze.

Controllo medico	
Visita cardiologica ed ECG	
Opzionale: ecocardiogramma, Rx torace, prelievi ematici urgenti	
Pianificazione di ulteriori accertamenti (ad es. test provocativi, coronarografia, polisonnografia, consulenze specialistiche)	
Controllo infermieristico	
Counseling/educazione all'autogestione della malattia del paziente e dei familiari	
Rilevazione di parametri vitali e segni e sintomi di insufficienza cardiaca	
Esecuzione ECG	
Prelievo peptidi natriuretici	
Impedenzometria	
Test del cammino dei 6 min	

Il percorso elaborato prevede alla dimissione ospedaliera da parte dell'infermiere dell'ambulatorio scompenso, *case manager*, la compilazione di uno *score* di rischio da parametri trasmessi dai reparti di Cardiologia e Medicina Interna, come strumento di personalizzazione del follow-up (Tabella 5).

Per ciascuno dei tre profili di rischio identificati sulla base del punteggio alla dimissione, è previsto un programma di follow-up personalizzato di 6 mesi, periodo in cui l'ospedale si fa carico di completare le azioni diagnostiche

**Tabella 5.** Score di identificazione della modalità di follow-up. L'esperienza della Cardiologia di S. Maria Nuova di Firenze.

Variabili	Punteggio
<b>BNP</b>	
<350 pg/ml	1
350/1000 pg/ml	3
>1000 pg/ml	4
<b>N. ricoveri per SC negli ultimi 6 mesi</b>	
Nessun ricovero	1
1 ricovero	2
>1 ricovero	3
<b>Classe NYHA</b>	
II	1
II-III	2
III-IV	3
<b>Frazione di eiezione</b>	
>40%	1
30-40%	2
<30%	3
<b>Funzionalità renale (clearance della creatinina)</b>	
>60 ml/min	1
60-30 ml/min	2
<30 ml/min	3
<b>Complessità assistenziale</b>	
Bassa	1
Media	2
Alta	4
<b>Score totale</b>	
Basso rischio	<8
Medio rischio	9-12
Alto rischio	>13

SC = scompenso cardiaco.

e terapeutiche iniziate, ma non necessariamente completate al momento della dimissione ospedaliera.

I pazienti con elevato punteggio dello *score*, età avanzata, comorbidità, grado di compromissione cognitiva e presenza di disagio sociale, che inficino la possibilità di accedere ad un controllo ambulatoriale, vengono segnalati al MMG e dal Servizio Infermieristico Territoriale per l'attivazione di un monitoraggio infermieristico domiciliare. Dopo l'assenso del MMG, esplicitato attraverso la compilazione di uno specifico modulo di arruolamento nel percorso, viene effettuata la prima visita congiunta a domicilio da parte del MMG, che attiva l'assistenza domiciliare integrata, e dell'infermiere territoriale per stendere il piano di monitoraggio domiciliare, definendo numero e modalità degli accessi. Durante la successiva fase di monitoraggio, l'infermiere rileva segni e sintomi di scompenso, valuta la compliance terapeutica del paziente e fornisce nozioni di educazione sanitaria volte ad incentivare l'autoanalisi della comparsa di segni di instabilità della malattia. Mensilmente l'infermiere dosa il peptide natriuretico cerebrale al domicilio, mediante un apparecchio *point-of-care*. Ad ogni controllo viene compilata una scheda di monitoraggio, dove sono presenti le variazioni di allarme dei parametri vitali, clinici e bioumorali. In caso di stabilità del quadro clinico l'infermiere invia, via fax alla fine di ogni visita, la scheda di monitoraggio al nostro centro e relazione periodicamente al MMG. Qualora rilevi segni di instabilizzazione della malattia, l'infermiere contatta direttamente il MMG, che decide per un eventuale ciclo infusivo di diuretici al domicilio o si mette in contatto con l'ambulatorio scompenso per una consulenza o una richiesta di ricovero.

Al 2009 sono stati inseriti in questo programma 66 pazienti, con un'età media di 77 anni, per il 62% in classe NYHA IV, ed è stata documentata una riduzione dei ricoveri rispetto ai 6 mesi precedenti l'attivazione del programma del 65%. Al termine di 6 mesi di assistenza domiciliare, è previsto il completo riaffidamento gestionale del paziente al MMG, sulla base delle modalità assistenziali definite dal Progetto della Regione Toscana di *Expanded Chronic Care Model*<sup>15</sup>, elaborato dalla medicina generale, dove il cardiologo è coinvolto in termini di consulenza in caso di instabilizzazione, nella gestione del follow-up dei casi più complessi e dei pazienti con scompenso refrattario inseriti in programmi di gestione domiciliare.

I punti di forza di questa modalità organizzativa di continuità assistenziale tra ospedale e territorio sono schematizzati nella Figura 1. La distinzione dei compiti dei vari attori è chiara: il cardiologo deve completare l'inquadramento del paziente nel periodo postdimissione che è quello in cui si concentra, secondo i dati della letteratura<sup>16</sup>, il maggior numero di riospedalizzazioni; il MMG gestisce successivamente il paziente con l'ausilio del Servizio Infermieristico Territoriale ed il cardiologo resta disponibile su consulenza e su richiesta per la co-gestione dei casi più complessi. L'apertura del percorso alla dimissione ospedaliera permette di eseguire una stratificazione del rischio più precisa ed articolata su più parametri, anche se il MMG può comunque arruolare un paziente direttamente in qualunque gruppo del percorso. L'infermiere professionale, figura in forte crescita culturale, pronta ad assumere moderni compiti assistenziali, ha un ruolo fondamentale nella gestione ospedaliera e anche territoriale del pazien-

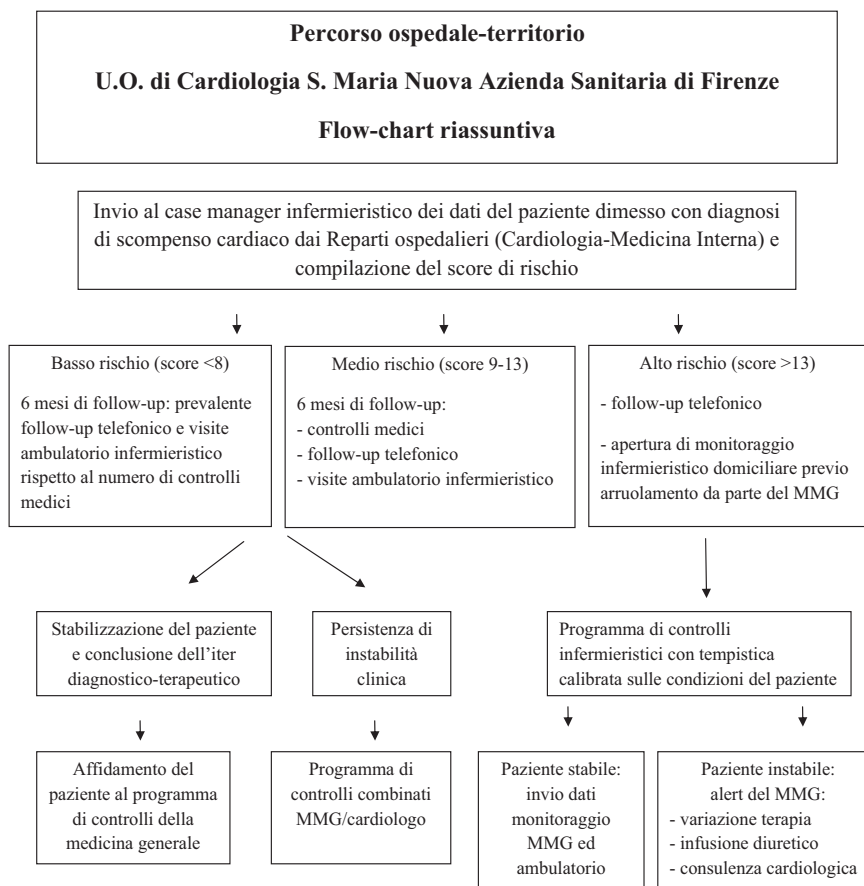


Figura 1. Flow-chart riassuntiva del percorso ospedale-territorio attuato presso la Cardiologia di S. Maria Nuova di Firenze. MMG = medico di medicina generale.

te. Il monitoraggio infermieristico domiciliare assume le connotazioni di un programma di *disease management* riservato a pazienti con caratteristiche di complessità, gravità e fragilità per i quali è documentato in letteratura un favorevole rapporto costo/beneficio.

Esigenze importanti preliminari e contestuali all'attuazione di percorsi di questo tipo sul territorio sono promuovere momenti formativi "sul campo" per i MMG, integrare strettamente l'attività domiciliare dell'infermiere con quella del MMG, attraverso un adeguato potenziamento dello strumento di assistenza domiciliare integrata da parte dell'ASL e condividere la documentazione clinica, al minimo attraverso una cartella domiciliare cartacea.

In questo senso può essere interessante un'esperienza appena iniziata nell'ASL di Brescia, con l'obiettivo di migliorare e rendere omogenea la gestione dei pazienti con SC e ridurre le riospedalizzazioni attraverso un potenziamento "culturale" della rete socio-assistenziale. Il progetto prevede, durante il 2010, un'esperienza di formazione sul campo, in cui l'ASL fornisce la regia di sistema e l'elaborazione dei dati relativi ai ricoveri, alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alle prescrizioni farmacologiche per i pazienti con SC assistiti dal singolo medico e da gruppi di medici in associazione. All'esperienza hanno aderito volontariamente più di 200 MMG suddivisi in gruppi di lavoro omogenei dal punto di vista territoriale dei quali fanno parte anche il personale infermieristico degli studi dei

MMG e dei distretti e specialisti del territorio di pertinenza. La metodologia di lavoro si basa sull'*audit* dei dati del singolo medico e di gruppo e sulla medicina narrativa.

La sistematizzazione delle esperienze di collaborazione adattate alle realtà locali e la verifica dei risultati saranno un obiettivo chiave delle attività della rete nei prossimi anni.

In sintesi, i punti fondamentali per ottimizzare la collaborazione tra risorse interne all'ambulatorio scompenso e MMG possono essere così riassunti:

- con possibili eccezioni motivate, i pazienti stabili in classe NYHA I e II vanno affidati/riaffidati *in toto* alle cure del MMG;
- nei pazienti in classe NYHA III o IV è opportuno mantenere una periodicità flessibile per i controlli cardiologici mentre vanno fornite indicazioni precise, meglio se scritte (a) al paziente e ai familiari su quando richiedere l'intervento del MMG, (b) al MMG sui segni/sintomi di instabilizzazione che richiedono consulenza specialistica;
- con possibili eccezioni motivate, si sconsiglia l'esecuzione di ecocardiografia o altri esami di secondo livello con periodicità fissa;
- il follow-up strumentale va di regola personalizzato in relazione a precisi quesiti clinici;
- per i pazienti inviati per la prima volta per inquadramento diagnostico, stratificazione prognostica o impostazione terapeutica e per quelli che, a qualsiasi titolo, vengano affidati/riaffidati al medico curante si deve

- predisporre una relazione con le stesse caratteristiche qualitative della lettera di dimissione (Tabella 6);
- nel caso in cui personale dell'ambulatorio scompensato operi direttamente sul territorio, è opportuno che ogni intervento venga segnalato anche al MMG e, quando possibile, preventivamente concordato con lui.

**Tabella 6.** Contenuti fondamentali della comunicazione cardiologo/medico di medicina generale (MMG) nel follow-up del paziente con scompenso cardiaco.

**Invio da parte del MMG**

Eventi intercorrenti maggiori anche per copatologie  
Livello di compliance del paziente  
Eventi avversi da farmaci  
Schema terapeutico in corso  
Esiti di controlli ematici

**Relazione cardiologica ambulatoriale**

Stabilità della patologia  
Stratificazione del rischio di eventi a seguito di accertamenti strumentali  
Valutazione della presenza di comorbidità in relazione ad esiti strumentali/laboratoristici  
Obiettività alla visita  
Terapia prescritta con indicazione di eventuali variazioni rispetto al trattamento precedente  
Indicazioni per la titolazione dei farmaci  
Indicazioni di controlli strumentali/laboratoristici  
Programma di successivo follow-up specialistico  
Contatti telefonici preferenziali per comunicare con il centro per problemi acuti  
Indicazione e contenuti di specifiche attività formative indirizzate al paziente e ai suoi familiari, su malattia, terapia impostata e principi di autogestione

## Riassunto

La continuità assistenziale è elemento fondamentale per una corretta gestione dello scompenso cardiaco (SC), malattia cronica con riacutizzazioni più o meno frequenti, che richiede assistenza continua con livelli di complessità differenziati in tutto l'arco della sua evoluzione.

Per superare l'insufficiente comunicazione tra l'ospedale e il medico di medicina generale (MMG), la maggiore criticità nella continuità assistenziale al paziente con SC, è auspicabile che gli ambulatori dedicati organizzino congiuntamente con i MMG del territorio afferente, iniziative di confronto e formazione su indicatori e dati assistenziali rilevati localmente, per rivedere percorsi e risultati. Ruolo primario del MMG è la gestione autonoma dei pazienti clinicamente stabili, con controlli periodici focalizzati sul coinvolgimento attivo del paziente, il costante adeguamento della terapia in termini di tipo e dosaggio di farmaci, la verifica della stabilità clinica e l'identificazione precoce di peggioramento della malattia e delle sue cause. Il miglioramento tecnologico potrà essere di supporto al raggiungimento di adeguate forme di comunicazione nel follow-up ambulatoriale, che dovranno comunque prevedere per i pazienti affidati/riaffidati al medico curante informazioni esaurienti con le caratteristiche qualitative della lettera di dimissione. La sistematizzazione delle esperienze di collaborazione adattate alle realtà locali sarà obiettivo chiave delle attività della rete degli ambulatori dedicati nei prossimi anni.

**Parole chiave:** Ambulatorio scompensato; Continuità assistenziale; Cure primarie; Gestione integrata; Scompenso cardiaco.

## Bibliografia

1. Di Lenarda A, Scherillo M, Maggioni AP, et al, for the TEMISTOCLE Investigators. Current presentation and management of heart failure in cardiology and internal medicine hospital units: a tale of two worlds - the TEMISTOCLE study. *Am Heart J* 2003; 146: E12.
2. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. 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: 810-9.
3. Consensus Conference: Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7: 381-432.
4. Opasich C, Tavazzi L, Lucci D, et al. Comparison of one-year outcome in women versus men with chronic congestive heart failure. *Am J Cardiol* 2000; 86: 353-7.
5. Opasich C, Rapezzi C, Lucci D, et al, for the Italian Network on Congestive Heart Failure (IN-CHF) Investigators. Precipitating factors and decision-making processes of short-term worsening heart failure despite "optimal" treatment (from the IN-CHF Registry). *Am J Cardiol* 2001; 88: 382-7.
6. Pulignano G, Del Sindaco D, Tavazzi L, et al, for the IN-CHF Investigators. Clinical features and outcomes of elderly outpatients with heart failure followed in hospital cardiology units: data from a large nationwide cardiology database (IN-CHF Registry). *Am Heart J* 2002; 143: 45-55.
7. Baldasseroni S, De Biase L, Fresco C, et al. Cumulative effect of complete left bundle-branch block and chronic atrial fibrillation on 1-year mortality and hospitalization in patients with congestive heart failure. A report from the Italian Network on Congestive Heart Failure (IN-CHF database). *Eur Heart J* 2002; 23: 1692-8.
8. Faggiano P, Opasich C, Tavazzi L, et al, for the IN-CHF Investigators. Prescription patterns of diuretics in chronic heart failure: a contemporary background as a clue to their role in treatment. *J Card Fail* 2003, 9: 210-8.
9. Senni M, De Maria R, Gregori D, et al. Temporal trends in survival and hospitalizations among outpatients with chronic heart failure in 1995 and 1999. *J Card Fail* 2005, 11: 270-8.
10. Conte MR, Mainardi L, Iazzolino E, et al. Scompenso cardiaco: gestione medico-infermieristica in un'area piemontese caratterizzata da estrema dispersione territoriale. Risultati a quattro anni. *Ital Heart J Suppl* 2005; 6: 812-20.
11. Del Sindaco D, Pulignano G, Minardi G, et al. Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure. *J Cardiovasc Med* 2007; 8: 324-9.
12. Piepoli MF, Villani GQ, Aschieri D, et al. Multidisciplinary and multisetting team management programme in heart failure patients affects hospitalisation and costing. *Int J Cardiol* 2006; 111: 377-85.
13. Fabbri G, Gorini M, Maggioni AP, Oliva F, a nome dell'Area Scompenso ANMCO. Scompenso cardiaco: l'importanza della continuità assistenziale. *G Ital Cardiol* 2007; 8: 353-8.
14. Tarantini L, Cioffi G, Pulignano G, et al. Lo scompenso cardiaco cronico sul territorio in Italia: analisi delle modalità di gestione clinica e dei bisogni dei medici di medicina generale. *G Ital Cardiol* 2010, in press.
15. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illnesses: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002; 288: 1909-14.
16. Fonarow GC, Heywood JT, Heidenreich PA, Lopatin M, Yancy CW, for the ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. Temporal trends in clinical characteristics, treatments, and outcomes for heart failure hospitalizations, 2002 to 2004: findings from Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *Am Heart J* 2007; 153: 1021-8.