

Evento formativo della Medicina Generale - Videoconferenza 19 maggio 2022



Il PDTA regionale dello scompenso cardiaco.

Gli snodi decisionali del paziente acuto o cronico riacutizzato

Antonio Di Chiara

*Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica PO SD-T
Coordinatore Rete Cuore Regionale - ARCS*



Reti Cliniche di Patologia
Rete Cuore



PDTA del paziente con scompenso cardiaco



image: Freepik.com

ARCS Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute
Sede legale Udine – Via Pozzuolo 330 Tel.: + 39 0432/1438010
P. IVA/C.F. 02948180308 PEC: arcs@crsunita.fvg.it



Reti Cliniche di Patologia
Rete Cuore

PDTA del paziente con scompenso cardiaco



Caratteristiche

- Orientato alla gestione del paziente
- Definisce i ruoli (responsabilità) dei professionisti
- Include i diversi setting clinici
 - Territorio MMG, Distretto \leftrightarrow Ospedale (ambulatorio, PS, OBI, degenza)
 - Hub \leftrightarrow Spoke
 - Cardiologia \leftrightarrow Medicina
 -
- Fornisce i criteri decisionali per i vari snodi decisionali



Diagnosi, Eziologia e Terapia dello Scompenso Cardiaco

Per i contenuti del presente paragrafo si rimanda direttamente a:

- [Consensus "Scompenso Cardiaco" Linee di indirizzo regionali del Friuli Venezia Giulia](#)
- [Linee guida ESC 2016 e LG ACC/AHA 2017.](#)



Obiettivi generali di cura del paziente con SC



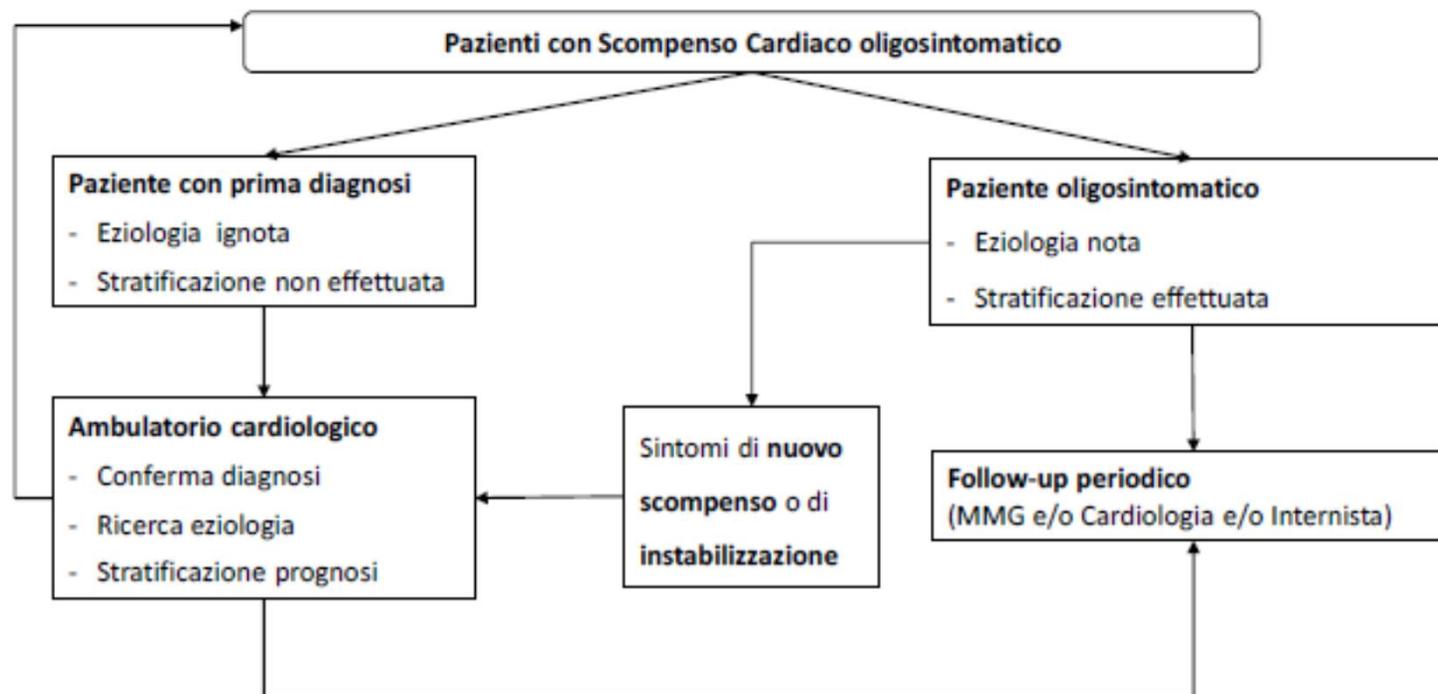
1. Definizione del percorso diagnostico (sia intra che extraospedaliero)
2. Counselling al paziente e/o al caregiver (sia nel setting ambulatoriale che predimissione)
3. Presa in carico/segnalazione al territorio (da parte di chi intercetta il paziente con scompenso)
4. Definizione di un percorso strutturato di follow-up eventualmente con il supporto di strumenti di monitoraggio remoto
5. Definizione del programma di cura multiprofessionale sul territorio (controlli clinici, titolazione dei farmaci, monitoraggio)
6. Definizione degli strumenti di lavoro e di comunicazione tra strutture e tra professionisti diversi (es. scheda per monitoraggio territoriale del paziente, cartella clinica ADI integrata)
7. Definizione dello specialista di riferimento



Setting della Cronicità stabile oligosintomatica

Il paziente con una sintomatologia suggestiva di SC in fase iniziale o con scompenso cardiaco in fase di paucisintomaticità, si rivolge al proprio MMG, che, valutatolo clinicamente, potrà avvalersi del supporto dello specialista cardiologo ambulatoriale.

Flow-chart 2. Setting della Cronicità Oligosintomatica



Criteri per il follow-up dei pazienti con SC da parte del MMG, anche avvalendosi del Distretto

Solo una minoranza dei pazienti con tali criteri richiede controlli cardiologici periodici

La gran parte è in genere stabilmente in classe NYHA I-II e alcuni presentano un mix di età avanzata, comorbidità gravi, difficoltà di spostamento che rendono l'intervento cardiologico difficoltoso o di minor rilevanza.

1. controlli periodici ogni 3-6 mesi, focalizzandosi in particolare su:
 - coinvolgimento attivo del paziente
 - verifica e rinforzo della compliance non farmacologica (introito di liquidi e sale, dieta)
 - educazione del paziente al corretto stile di vita
 - verifica e rinforzo della compliance alla terapia farmacologica
 - controllo dello schema farmacologico in relazione alla politerapia per comorbidità
 - costante adeguamento della terapia in termini di tipo e dosaggio di farmaci
 - verifica della stabilità clinica (Tabella 3)
 - prescrizione di monitoraggio ematochimico della terapia in corso o per altra patologia
 - identificazione precoce di peggioramento della malattia (clinica, peptidi natriuretici) e delle sue cause (in tal caso attivazione delle consulenze specialistiche/ricovero ospedaliero in caso di instabilizzazione o necessità diagnostiche non gestibili con interventi di primo livello)
 - coordinamento delle cure familiari

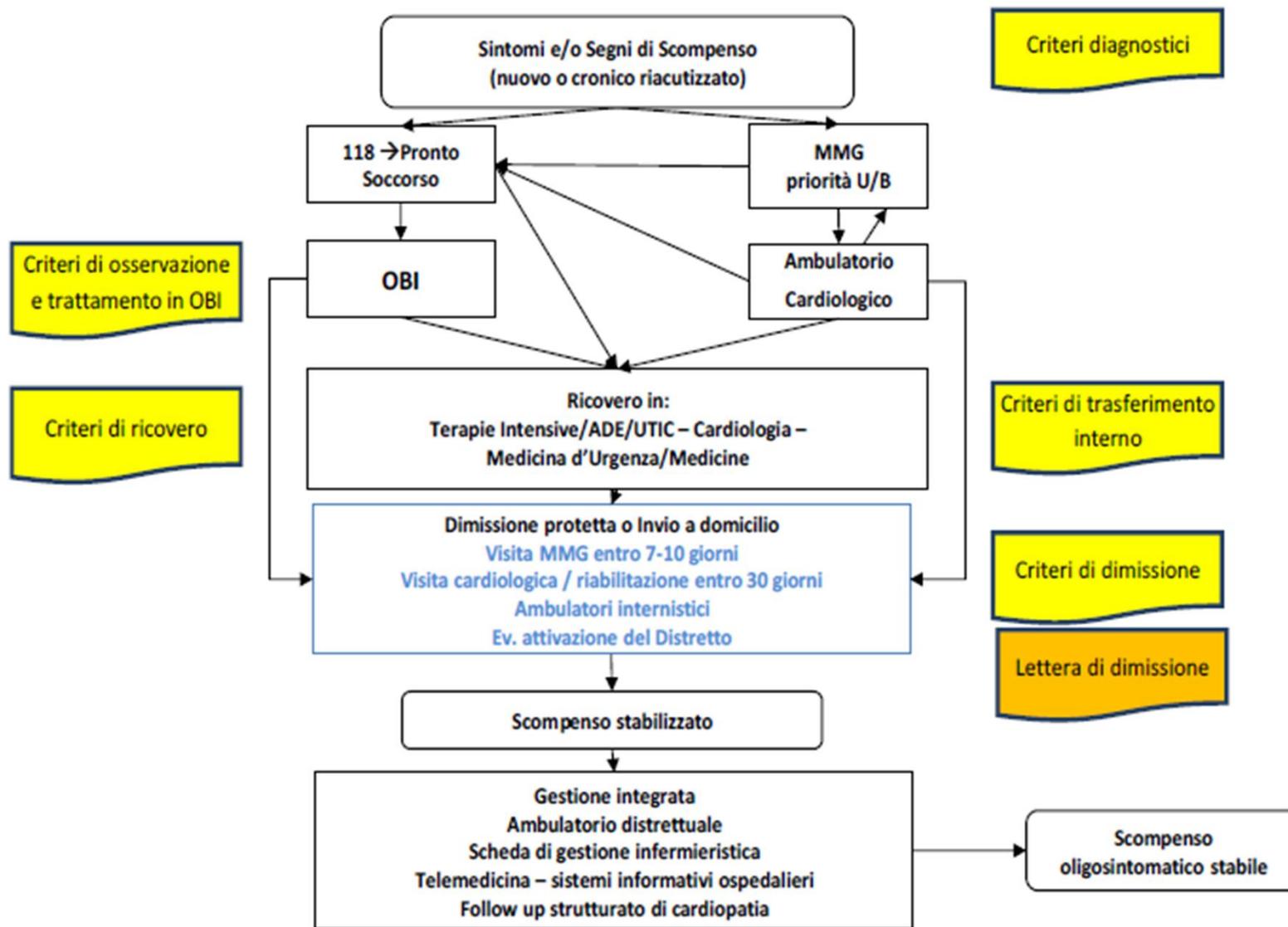


Criteri di stabilità pazienti con SC da parte per i MMG

<u>Criteri clinici</u>
Bilancio idrico stabile, incremento della dose di diuretico ≤ 1 volta a settimana
Assenza di segni di congestione (ortopnea, edema, ascite, PVC, RAG)
Stabilità del peso corporeo
Pressione arteriosa stabile con sistolica > 90 mmHg (valori più alti negli anziani)
Assenza di sintomi riferibili ad ipotensione posturale
Frequenza cardiaca ≥ 50 o ≤ 100 b/min
Assenza di angina o angina stabile da sforzo
Assenza di aritmie maggiori sintomatiche (scarica defibrillatore impiantabile ≤ 1 /mese)
Capacità funzionale invariata
<u>Criteri di laboratorio</u>
Funzione renale stabile (creatininemia $< 2,5$ mg/dl)
Natriemia stabile (> 134 mEq/l)
Peptidi natriuretici stabili (aumento inferiore al 30-50% rispetto al loro valore di riferimento in paziente stabili ed "asciutto")



Setting della Acuzie e Riacuteizzazione



Criteri per l'Osservazione Breve Intensiva

Osservazione Breve Intensiva

Criteri di osservazione in OBI, stabilizzazione e dimissione a domicilio – BASSO RISCHIO

- A. ricidiva di scompenso a basso rischio in cardiopatia nota e inquadrata per il quale si prevede che un breve trattamento stabilizzi rapidamente il quadro emodinamico, che può essere trattato con terapie direttamente in PS (diuretici ev, nitrati ev), per il quale si può richiedere un'eventuale consulenza cardiologica per ri-stratificazione del rischio
1. Parametri clinici:
 - a. lievi segni clinici di congestione polmonare o periferica in paziente con SCC noto
 - b. lenta insorgenza dei sintomi
 - c. assenza di angina in atto o angina controllabile con nitrati in paziente non rivascolarizzabile
 - d. assenza di sincope recente (< 48 ore)
 - e. assenza di segni di infezione in atto
 - f. PA sistolica >90 e <200 mmHg
 - g. FC tra 50 e 100 bpm
 - h. assenza di ipoperfusione periferica
 - i. assenza di condizioni migliorabili con procedure interventistiche - chirurgiche in paziente in classe NYHA IV
 2. Parametri ECG:
 - a. assenza di instabilità aritmica (FA non controllata, tachicardia sinusale >130 bpm, aritmie ventricolari frequenti o complesse)
 - b. assenza di instabilità ischemica (segni di ischemia in atto)
 3. Parametri di laboratorio:
 - a. assenza di disonie di rilievo
 - b. assenza di anemia significativa (Hb < 10 g/dl)
 - c. assenza di insufficienza renale acuta o riacutizzata
 - d. assenza di desaturazione O₂ (sat.O₂ < 90% in aria ambiente)
 - e. squilibri dell'equilibrio acido-base all'EGA
 - f. BNP < 500 pg/ml o NT pro-BNP < 2000 pg/ml o per valori più elevati se relativamente stabili (variazione < 50%) rispetto a precedenti prelievi disponibili eseguiti in condizioni di stabilità
 4. Ridotta aderenza alla terapia farmacologica o stile di vita che possano aver favorito l'instabilizzazione clinica
 5. Assunzione di farmaci favorenti la ritenzione idrica (FANS, steroidi)
- B. presenza di un fattore destabilizzante acuto che può risolversi in PS (es. FA che richieda rate-control o cardioversione, anemia che richieda trasfusione)
- C. gravità e co-patologie non si giovino di ricovero in ambiente medico



Reti (Rete)

Criteria di ricovero in ambiente ospedaliero – RISCHIO INTERMEDIO-ALTO

SC "de novo" con sintomi di nuova insorgenza a rapida comparsa:

1. segni e sintomi di congestione e/o ipoperfusione
2. desaturazione arteriosa in ossigeno < 90 %
3. anuria
4. recente sviluppo di disfunzione epatica
5. distensione epatica severa
6. ascite
7. anasarca
8. ipo o iperpotassiemia
9. favorito da insorgenza di sindrome coronarica acuta, aritmie emodinamicamente significative, stroke, endocardite, miocardite, peggioramento di nota valvulopatia, sepsi, infezioni acute di vario tipo (polmonari, urinarie) che necessitano di trattamento in ambito ospedaliero
10. peggioramento di comorbidità (patologie polmonari, insufficienza renale)

Instabilizzazione SCC:

1. peggioramento o persistenza di segni e/o sintomi di congestione dopo ripetute visite di controllo e aggiustamento della terapia diuretica
2. rapida riduzione della natriemia < 130 mEq/l
3. incremento della creatinina (almeno per 2 volte o in assoluto > 2,5 mg/dl)
4. dopo OBI senza miglioramento del quadro emodinamico
5. favorito da insorgenza di sindrome coronarica acuta, aritmie emodinamicamente significative, stroke, endocardite, miocardite, peggioramento di nota valvulopatia, sepsi, infezioni acute di vario tipo (polmonari, urinarie) che necessitano di trattamento in ambito ospedaliero
6. Necessità di terapie infusionali protratte o indagini di livello superiore
7. Multiple complessità che possano beneficiare di trattamento in ambiente medico



Criteri per la Dimissione in Sicurezza

Dimissione a domicilio: Criteri di Stabilità Clinica

- Assenza di sintomi di congestione
- Assenza di angina pectoris o comunque stabilità della soglia ischemica
- Assenza di peggioramento della dispnea, dell'affaticamento o delle palpitazioni durante sforzo fisico
- Assenza di aritmie maggiori sintomatiche
- Esame obiettivo invariato rispetto al precedente controllo
- Bilancio idrico stabile (sodiemia > 134 mEq/l, variazioni di peso corporeo inferiori a 3 kg rispetto al controllo)
- BNP <500 pg/ml o NT proBNP <2000 pg/ml o comunque non superiore del 50% rispetto al valore di peptidi natriuretici misurati in condizioni di stabilità
- Pressione arteriosa stabile e comunque PAS > 90 mmHg e < 200 mmHg
- Funzione renale stabile (creatininemia e azotemia invariate rispetto al precedente controllo)
- Risoluzione o stabilizzazione di ogni causa reversibile di co-morbidità
- Adeguatezza del supporto sociale, dell'educazione del paziente e del programma di assistenza
- Buona tolleranza al farmaco e completa adesione al trattamento



Ruolo dell'infermiere (in tutti i setting)

Intervento educativo infermieristico

E' importante che le organizzazioni si dotino di infermieri con competenze dedicate e finalizzate alla dimissione ed agli aspetti educativi e di empowerment del paziente in particolare rispetto alla responsabilità individuale all'assunzione ed alla modulazione secondo algoritmi predefiniti della terapia, a partire da quella diuretica.

Strumento di autocura per il paziente, riferito all'autogestione del diuretico:

1. consigliare al paziente di misurare il suo peso corporeo al mattino al risveglio
2. definire, in base alla stabilità clinica, un peso "asciutto" e di conseguenza un range ± 1 kg entro il quale il paziente deve mantenersi, modulando la terapia diuretica (ad es. peso corporeo 70 kg, range da mantenere 69-71 kg)
3. Definire, sulla base del recente decorso clinico e della terapia in atto, la dose del diuretico dell'ansa (furosemide o torasemide) adeguata a mantenere al momento della dimissione o del controllo clinico il paziente in condizioni di stabilità (ad es. furosemide 25 mg 1 cp ore 8 + 1 cp ore 16)
4. Spiegare al paziente la necessità di aumentare del 50% la dose del diuretico (associata ad una più attenta restrizione idrica) se aumenta ≥ 1 kg rispetto al peso "asciutto" (es peso > 71 kg; assumere furosemide 25 mg, 2 cp ore 8 + 1 cp ore 16) o di ridurre del 50% la dose del diuretico se il peso si riduce > 1 kg (es < 69 kg; assumere furosemide 25 mg, 1 cp ore 8)
5. Spiegare al paziente la necessità di ripristinare le dosi di partenza se il peso rientra nel range predefinito (es. peso corporeo 69-71 kg; assumere furosemide 25 mg 1 cp ore 8-16)
6. L'algoritmo va riverificato ad ogni controllo (segni e sintomi, peso, esami di laboratorio incluso BNP/NTproBNP, BIVA, ev. ecocardiogramma) perché il peso "asciutto" potrebbe variare (per esempio in base all'alimentazione o alla sedentarietà)
7. Insegnare al paziente il significato delle variazioni dei sintomi e/o segni e dei parametri vitali (es. comparsa di dispnea, astenia, edemi arti inferiori, pressione arteriosa e frequenza cardiaca) anche in relazioni alle variazioni climatiche



Attivazione del Distretto

Criteri di attivazione del Distretto

- **SCC grave/avanzato**
- **SCC non grave non avanzato e complicato da numerose comorbilità**
- **SCC non grave non avanzato, ma ad elevato rischio di aggravamento/re-ospedalizzazione per compromissione del contesto socio-assistenziale**

Modalità di attivazione del Distretto

Pazienti ospedalizzati già in carico al Distretto

- il case manager compila la scheda di continuità assistenziale che accompagna il paziente al momento di un ricovero programmato; in caso di ricovero non programmato, entro 24 ore da quando viene a conoscenza del ricovero, informa l'infermiere distrettuale di continuità del proprio distretto e trasmette la scheda di continuità assistenziale

Pazienti ospedalizzati non in carico al Distretto

- il Case manager del reparto, o suo delegato, entro 72 ore dal ricovero (o comunque nella condizione di migliore stabilità clinica possibile) compila la scheda di continuità assistenziale e la invia al Distretto di appartenenza del paziente, via e-mail o via fax. L'infermiere distrettuale di continuità, entro 72 ore dal ricevimento della segnalazione, valuta la segnalazione e programma la dimissione protetta

Modalità di presa in carico del Distretto

- anamnesi e presa visione dei dati clinici e socio-assistenziali
- notifica al MMG dell'avvenuta segnalazione al Distretto
- assieme al MMG, stesura del PAI (Piano assistenziale individuale), condiviso con il paziente e gli altri professionisti interessati
- **educazione sanitaria specifica per la patologia dello SC e più ampia sul contesto di vita e della famiglia**
- rilevazione dei parametri clinici e verifica dell'aderenza terapeutica



Ruolo dei professionisti della Regione

- Vengono chiamati a comporre le Reti di Patologia
- Scrivono i PDTA, utilizzando anche le LLG di riferimento
- Identificano gli strumenti (informatici, tecnologici, terapeutici,) necessari al disease management (HTA)
- Identificano gli indicatori che verranno tradotti negli obiettivi delle linee di gestione
- **Sono chiamati a implementare, assieme agli altri professionisti individuati, il percorso di cura**
- **Sono i responsabili della diffusione delle conoscenze specifiche a livello aziendale**
- Concorrono a raggiungere gli obiettivi specifici

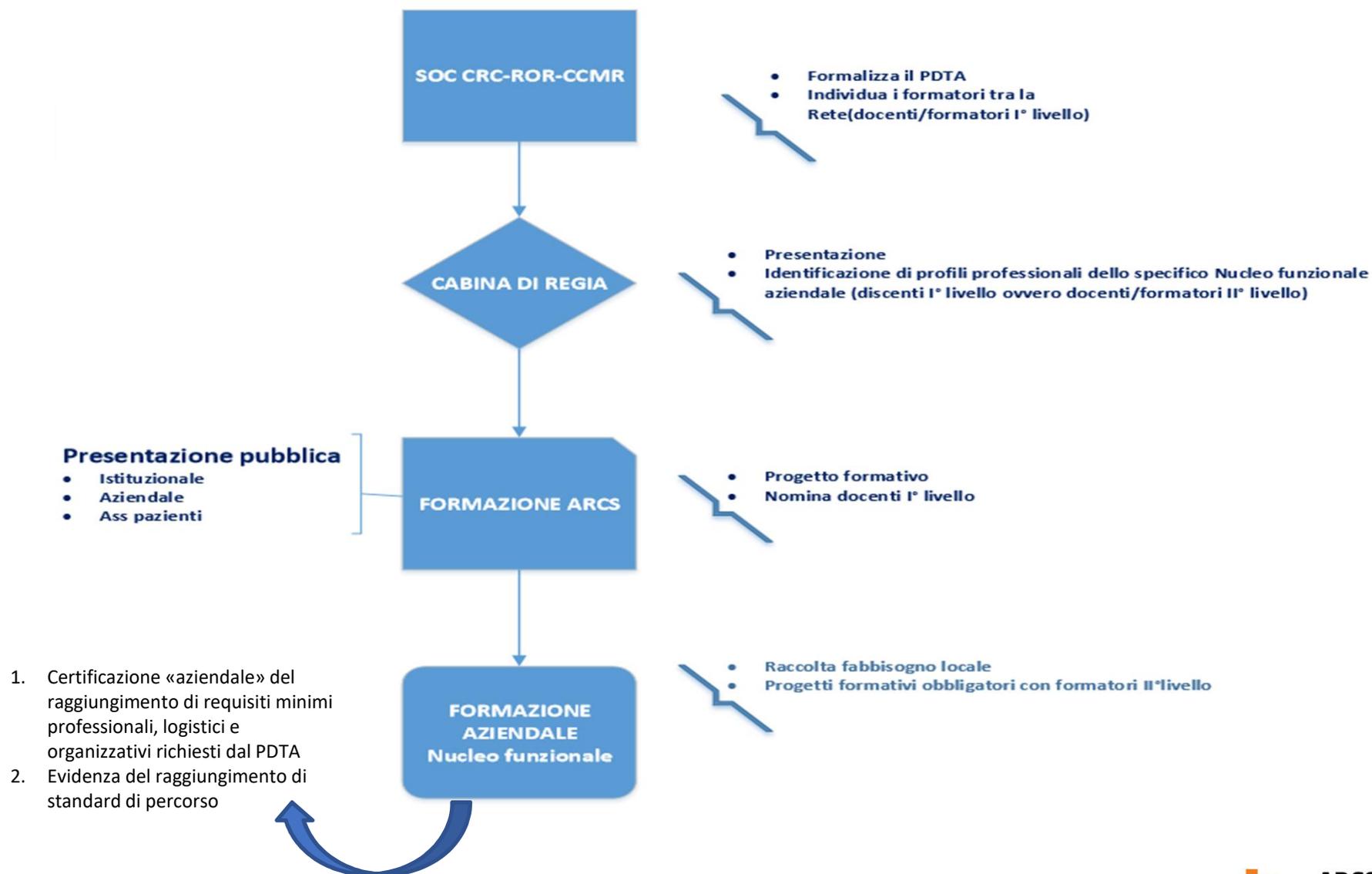


Reti Cliniche di Patologia
Rete Cuore



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

Schema generale di implementazione per i PDTA



Reti Cliniche di Patologia
Rete Cuore

I Nuclei funzionali aziendali

Ogni Ente del SSR costituisce e formalizza il Nucleo funzionale aziendale, formato dai professionisti di riferimento con il compito di rendere e mantenere operativi nei termini clinico-assistenziali e tecnologico-organizzativi i contenuti dei documenti prodotti (PDTA, Linee di indirizzo, ecc).

Il nucleo funzionale aziendale deve essere pertanto costituito da figure sanitarie multiprofessionali e multidisciplinari e da professionisti con competenze direzionali trasversali. La composizione del nucleo funzionale aziendale è quindi variabile in funzione delle competenze richieste dallo specifico percorso clinico assistenziale da implementare.

Per la parte direzionale, organizzativa e tecnologica il nucleo funzionale aziendale dovrà prevedere la presenza di:

- Direzione Medica Ospedaliera e Distrettuale;
- Direzione delle Professioni Sanitarie;
- Programmazione e controllo;
- Formazione;
- Servizi tecnici/informativi.

Gli Enti del SSR tengono aggiornato l'elenco dei componenti del proprio nucleo funzionale aziendale e ne comunicano ogni variazione alla struttura di coordinamento di riferimento che provvede all'aggiornamento dei nominativi sulla sezione del sito web dedicata alle reti cliniche.

ARCS garantisce, in ottemperanza alla delibera 2195/2019, il percorso formativo necessario alla condivisione del modello e degli obiettivi comuni.



Reti Cliniche di Patologia
Rete Cuore

Link Professional ASUFC per lo Scompenso Cardiaco

- Pronto Soccorso
 - Medica
 - Assistenziale
- Medicina Interna
 - Medica
 - Assistenziale
- Cardiologia (Hub, Spoke, Riabilitativa)
 - Medica: Mariagrazia Baldin, Massimo Imazio-Mauro Driussi, Antonio Di Chiara, Marika Werren
 - Assistenziale: Paola De Biaggio, Anna Mansutti, fisioterapista
- Terapia Intensiva
 - Medica
 - Assistenziale
- Cure Palliative
 - Maria Grazia Fabiani
- Medicina Generale
 - Medico Francesca Melon
 - Assistenziale



Reti Cliniche di Patologia
Rete Cuore

Come applicare il PDTA ?

1. Conoscenza del documento (sito ARCS)
2. Aggiornamento teorico (come quello odierno) e conoscenza dei precedenti documenti di consenso
3. Riunioni operative con gli attori locali dei setting assistenziali per l'identificazione degli strumenti di lavoro (ad esempio scheda PUA/ADI, modalità di comunicazione ospedale territorio,)
 1. Setting acuzie → PS/OBI, Medicina, Cardiologia, Distretto
 2. Setting Cronicità → AFT, Distretto, Cardiologia



Grazie per l'attenzione



Reti Cliniche di Patologia
Rete Cuore

