

Una esperienza di gestione dello scompenso cardiaco “post pandemia” della USL Toscana Centro

I pazienti con scompenso cardiaco (SC) congestizio e comorbidità necessitano di un accurato iter diagnostico, terapeutico e di follow-up per limitare il fenomeno delle riammissioni ospedaliere. Si tratta di un **fenomeno frequente** (dati delle

L'applicazione di nuovi modelli gestionali come la televisita, il teleconsulto, il Girot e le attività di Day Service territoriale presso le Case di Comunità, rappresentano un ulteriore ed interessante strumento che si affianca al tradizionale ed imprescindibile Ambulatorio Scompenso Cardiaco Ospedaliero, completando l'offerta assistenziale personalizzata alle esigenze ed alle diverse fasi di malattia dei singoli pazienti

riammissioni Database ARNO⁽¹⁾: 60% dei pz viene riammesso ad un anno).

Fenomeno precoce

- Dati della Regione Toscana: tasso di riammissione a 30 giorni del 16.4%.

- Dati del registro dell'ANMCO IN-HF: a 12 mesi rientra in ospedale il 30% dei malati.

Fenomeno correlato ad elevato tasso di mortalità intraospedaliero e post dimissione⁽²⁾

A fronte di ciò, dati del 2016 della Regione Toscana, evidenziano come

solo il 20% dei pazienti dimessi per SC venga inserito in un percorso di follow-up. Per tale motivo la USL Toscana Centro ha istituito nel 2016 un gruppo di lavoro, in collaborazione con L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi e con rappresentanti della Medicina Generale, per elaborare un PDTA di Area vasta Centro dello SC che si è concentrato in modo particolare sugli aspetti della dimissione ospedaliera⁽³⁾. È stata elaborata una check-list di

Parametri	
Miglioramento soggettivo del paziente	<input checked="" type="checkbox"/>
PAS > 90 mm Hg e FC < 100 bpm	<input checked="" type="checkbox"/>
SO ₂ >95% in aa	<input checked="" type="checkbox"/>
Stabilità clinica dopo 48 h di terapia per os: - Peso stabile - Diuresi valida	<input checked="" type="checkbox"/>
Sospensione delle amine > 48 h	<input checked="" type="checkbox"/>
Funzione renale stabile	<input checked="" type="checkbox"/>
Non disionie: 3.5 > K ⁺ < 5.5 mEq/l o Na ⁺ < 130 mEq/l	<input checked="" type="checkbox"/>
NT-pro BNP in dimissione < NT-pro BNP all'ingresso	<input checked="" type="checkbox"/>
Peso alla dimissione < peso all'ingresso	<input checked="" type="checkbox"/>
- Gait speed 5 metri in < di 6 secondi	<input checked="" type="checkbox"/>

Figura 1 - PDTA Scompenso Cardiaco Azienda USL Toscana Centro: Check list di dimissibilità del paziente dopo ricovero per SC

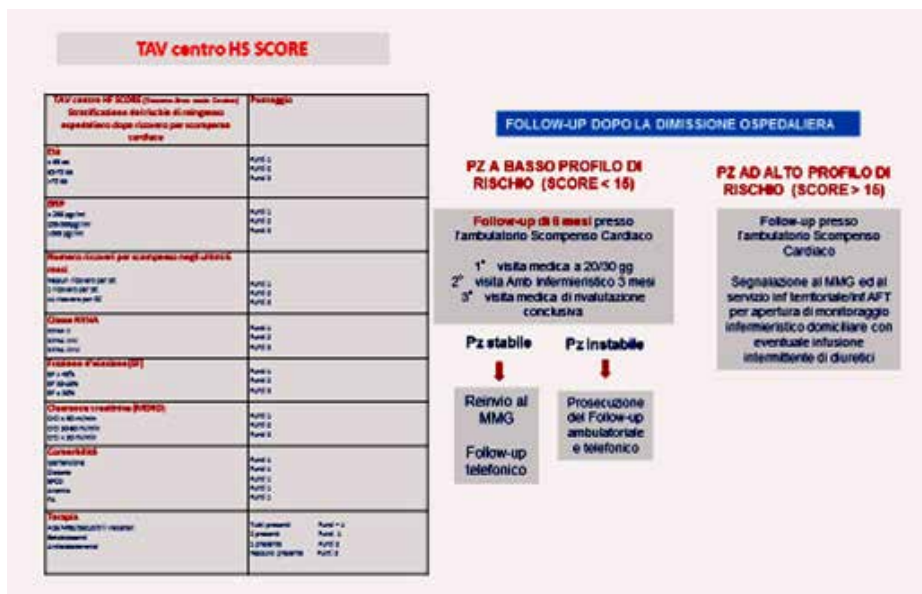


Figura 2

dimissibilità del paziente nell'ottica di standardizzare l'approccio gestionale e far verificare in modo oggettivo al medico che dimette (Figura 1).

SCORE TAV centro HF Score

È uno score di stratificazione prognostica basato su pochi parametri (Figura 2). Identifica due diversi profili di rischio:

- Punteggio < 15: BASSO RISCHIO.

Previsto follow-up ambulatoriale alla dimissione della durata di 6 mesi, con un controllo medico a 20 gg, uno infermieristico a 3 mesi e una visita medica di rivalutazione conclusiva a 6 mesi. Follow-up successivo ai 6 mesi dal MMG.

- Punteggio > 15: ALTO RISCHIO

ovvero SC avanzato o refrattario. Programma ambulatoriale in hospital con visite più frequenti e segnalazione al MMG per aprire un monitoraggio infermieristico domiciliare finalizzato al rilievo sistematico di segni e sintomi di scompenso cardiaco sul cui andamento decidere per l'effettuazione di cicli infusivi domiciliari intermittenti di diuretico

per prevenire le fasi di franca instabilizzazione di malattia.

Nuovo PDTA aggiornato

In seguito alla pubblicazione delle Linee Guida ESC del 2021 sullo SC⁽⁴⁾, che hanno inserito in "prima linea" di trattamento quattro classi di farmaci che hanno dimostrato effetti importanti di riduzione della mortalità e dei reingressi ospedalieri per SC: ARNI⁽⁵⁾ (Sacubitril Valsartan) – Beta bloccanti – Anti aldosteronici ed inibitori dei recettori SGLT2⁽⁶⁻⁷⁾ il nuovo PDTA è stato aggiornato. L'efficacia di questi farmaci è condizionata non solo dall'inserimento in terapia del principio attivo ma anche dal raggiungimento di una dose target adeguata e dalla precocità di inserimento⁽⁸⁾, possibilmente già alla dimissione del ricovero ospedaliero. Solo attraverso uno stretto monitoraggio di parametri clinici (frequenza cardiaca, pressione arteriosa) ed ematochimici (Sodio, Potassio, Creatinina, NTproBNP) è possibile ottimizzare la terapia, in

**Dati della Regione Toscana:
tasso di riammissione
a 30 giorni del 16.4% e
correlato ad elevato tasso di
mortalità intraospedaliero e
post dimissione**

quanto questi farmaci influenzano questi parametri⁽⁹⁾. Per tale motivo l'ambulatorio tradizionale è stato affiancato dalla televisita.

La Televisita

Erogata dall'Ambulatorio Scompenso può rappresentare uno strumento snello per effettuare l'ottimizzazione della terapia. La televisita prevede la costituzione di una agenda dedicata e strutturata e l'identificazione dei parametri e degli esami ematici che il paziente o il care giver devono presentare al momento del contatto.

Il Teleconsulto

È un altro strumento funzionale ad una nuova modalità di contatto tra Cardiologo e MMG. Da Dicembre 2022 la Cardiologia Firenze 1 dell'Azienda USL Toscana Centro (Ospedale S. Maria Nuova- Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio) ha aperto una agenda CUP dedicata. Il MMG può prenotare uno spazio di consulto e successivamente collegarsi tramite un semplice link sulla piattaforma Regionale. Si può in questo modo confrontarsi in modo diretto con

**SCORE TAV centro HF
Score È uno score di
stratificazione prognostica
basato su pochi parametri
Identifica due diversi profili
di rischio**

lo specialista su quesiti inerenti la terapia e sull'eventuale indicazione ad ulteriori percorsi diagnostico-terapeutici per il paziente.

Monitoraggio dei device impiantabili (pacemaker – defibrillatori – loop recorder)

A tale proposito la Cardiologia sta da tempo implementando il monitoraggio remoto per gran parte dei pazienti a cui viene impiantato un dispositivo. Questo permette di intercettare precocemente la comparsa di aritmie minacciose e di variazioni di altri parametri (congestione polmonare, atti respiratori, comparsa di aritmie) inviati periodicamente dal device, prevenendo le recidive di SC.

GIROT (Gruppo di Intervento Rapido Ospedale Territoriale)

Il GIROT, gestito da un medico internista ed un infermiere territoriale, si rivolge a pazienti anziani, comorbidi, con deficit motori e cognitivi che vengono presi in carico da un team multidisciplinare e multiprofessionale, in fase di pre-dimissione spesso già all'interno dei DEA e nei reparti di Medicina Interna. Il GIROT garantisce nei primi giorni post dimissione, una continuità assistenziale al domicilio di elevata complessità, trasferendo a casa del paziente la possibilità di proseguire terapia infusiva ed eseguire esami strumentali complessi (ECG-Ecografie- Esami ematici analizzati

con point of care, Emogas-analisi). Dalla sua istituzione il GIROT ha assistito circa 6000 pazienti di cui il 30% affetti da SC.

Case di Comunità

Il Gruppo SC sta inoltre proponendo un programma di gestione del paziente con SC all'interno delle Case di Comunità. Vista la presenza al loro interno di MMG, Medici Specialisti ed infermieri professionali, le Case di Comunità rappresentano un setting ideale per raggiungere l'obiettivo di elevare il livello di assistenza territoriale. I MMG del presidio hanno la possibilità di un accesso diretto alla consulenza cardiologica. Ci sono incontri periodici (una volta al mese) di discussione di casi clinici tra il cardiologo ed il medico di base, in modo da condividere e discutere le varie opzioni terapeutiche e risolvere eventuali criticità gestionali. È in corso la creazione di un ambulatorio territoriale a gestione infermieristica, coordinato dal MMG, in collaborazione con il Cardiologo per il monitoraggio ed il trattamento del paziente con SC avanzato nelle Case di Comunità.

Conclusioni

Lo scompenso cardiaco rappresenta una sfida gestionale complessa per il SSN. Siamo però di fronte ad una importante svolta determinata dalla disponibilità di un nuovo ed efficace armamentario terapeutico farmacologico, di nuovi device e procedure interventistiche, di sistemi

s sofisticati di monitoraggio e di nuove modalità gestionali. Se coglieremo queste opportunità saremo in grado di contrastare efficacemente una patologia che per numerosità dei pazienti affetti e per complessità gestionale rappresenta una delle voci di maggiore impegno assistenziale ed economico.♥

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Database ARNO: Maggioni A.P. et al.; Eur J Heart Fail. 2016 Apr;18(4):402-10
- 2) Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Alternative trial: CB Granger e al. Lancet 2003 Sep 6; 362(9386):772-6. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14284-5. Position paper ANMCO: Gestione della dimissione ospedaliera. G Ital Cardiol 2016 Sep;17(9):0. doi: 10.1714/2448.25672.
- 3) 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: European Heart Journal (2021) 00, 1_128 doi:10.1093
- 4) Angiotensin-Nepriylsin inhibition versus Enalapril in Heart Failure: PARADIGM-HF investigators: N Engl J Med 2014;371: 993-1004. DOI: 10.1056/NEJMoa1409077
- 5) A trial to evaluate the effect of the sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor dapagliflozin on morbidity and mortality in patients with heart failure and reduced left ventricular ejection fraction (DAPA-HF): John J V McMurray et al. Eur J Heart Fail 2019 May; 21(5):665-675. doi: 10.1002/ejhf.1432.
- 6) Effect of Empagliflozin on the Clinical Stability of Patients With Heart Failure and a Reduced Ejection Fraction: The EMPEROR-Reduced Trial: M. Packer et al. Circulation 2021 Jan 26; 143(4):326-336. doi: 10.1161
- 7) ANMCO Position paper: Double, triple or quadruple therapy for heart failure with reduced ejection fraction. Current evidence and new strategies: A. Di Lenarda et al. G Ital Cardiol .2021 Oct; 22(10):861-868. doi: 10.1714/3666.36518
- 8) Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure: M. Packer et. Al. N Engl J Med 2019; 381: 1995-2008. DOI: 10.1056/NEJMoa1911303

USL Toscana Centro ha istituito nel 2016 un gruppo di lavoro, in collaborazione con L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi e con rappresentanti della Medicina Generale, per elaborare un PDTA di Area vasta Centro dello SC che si è concentrato in modo particolare sugli aspetti della dimissione ospedaliera