

AISC in un centro di casa della salute: il punto di vista di un cardiologo specialista ambulatoriale

Prof. Carlo Racani

Cardiologo

Responsabile Casa della Salute ASL RM 3

Responsabile Sanitario Pronto soccorso Aeroporti di Roma

AISC

Hotel Polo Nautico

SALERNO, 5 OTTOBRE 2018

SCOMPENSO CARDIACO

Definito come l'incapacità del cuore di fornire sangue in quantità adeguate alle richieste dell'organismo

CLASSI FUNZIONALI

- Classe I: l'attività fisica abituale non determina dispnea, astenia, palpitazioni
- Classe II: lieve limitazione dell'attività fisica abituale per la comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni; benessere a riposo
- Classe III: grave limitazione dell'attività fisica, i sintomi di dispnea, affaticamento insorgono per attività fisica di entità inferiore a quella abituale, benessere a riposo
- Classe IV: incapacità a svolgere qualsiasi attività senza comparsa di sintomi, presenza di sintomi di scompenso anche a riposo

DATI EPIDEMIOLOGICI

- **Significativo impatto clinico e sociale** a causa dell'elevata morbilità e mortalità
- **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)
- 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)
- Secondo le Linee Guida sullo Scompensamento Cardiaco Cronico dell'ESC **“un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con scompenso cardiaco migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni (Classe I, livello di evidenza A) e la mortalità (Classe IIa, livello di evidenza B)”**
- Le stesse Linee Guida puntualizzano che **“il modello ottimale di assistenza dipende dalle singole realtà locali, dalle risorse disponibili e dal fatto che il modello di assistenza sia concepito per specifici sotto-gruppi di pazienti (ad esempio gravità dello scompenso, età, comorbidità) o per l'intera popolazione affetta da scompenso cardiaco cronico**
- I pazienti con SC cronico possono presentare riacutizzazioni della malattia tali da rendere frequente il ricovero ospedaliero (“re-ricovero”) che, tuttavia, **solo in una minoranza dei casi è appropriato**. E' dimostrato, infatti, che **il peggioramento del quadro clinico è spesso connesso a fattori precipitanti potenzialmente prevedibili e prevenibili**.
- E' pertanto **necessaria una gestione integrata territoriale ed ospedaliera** sulla base delle necessità del singolo paziente
- La **MEDICINA GENERALE 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 della persona
- 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 e proattivo, secondo una **logica prevalentemente prognostica e preventiva**, anziché semplicemente sintomatica e attendista

EVOLUZIONE CLINICA DELLO SCOMPENSO CARDIACO

STADIO D

- Sintomi refrattari al trattamento
- Necessità di interventi speciali

Hospice

VAD, trapianto

Inotropi, Levosimendan

Anti-aldosteronici

Trattamento da team multidisciplinare

Rivascolarizzazione, chirurgia mitralica

Terapia elettrica (CRT/ICD)

Riduzione apporto di sodio, diuretici, digossina

ACE-inibitori e beta-bloccanti in tutti i pazienti

ACE-inibitori e/o sartani, beta-bloccanti in pazienti selezionati

Trattare ipertensione, diabete, dislipidemie: ACE inibitori, sartani, statine

Riduzione dei fattori di rischio, educazione del paziente e dei familiari

STADIO C

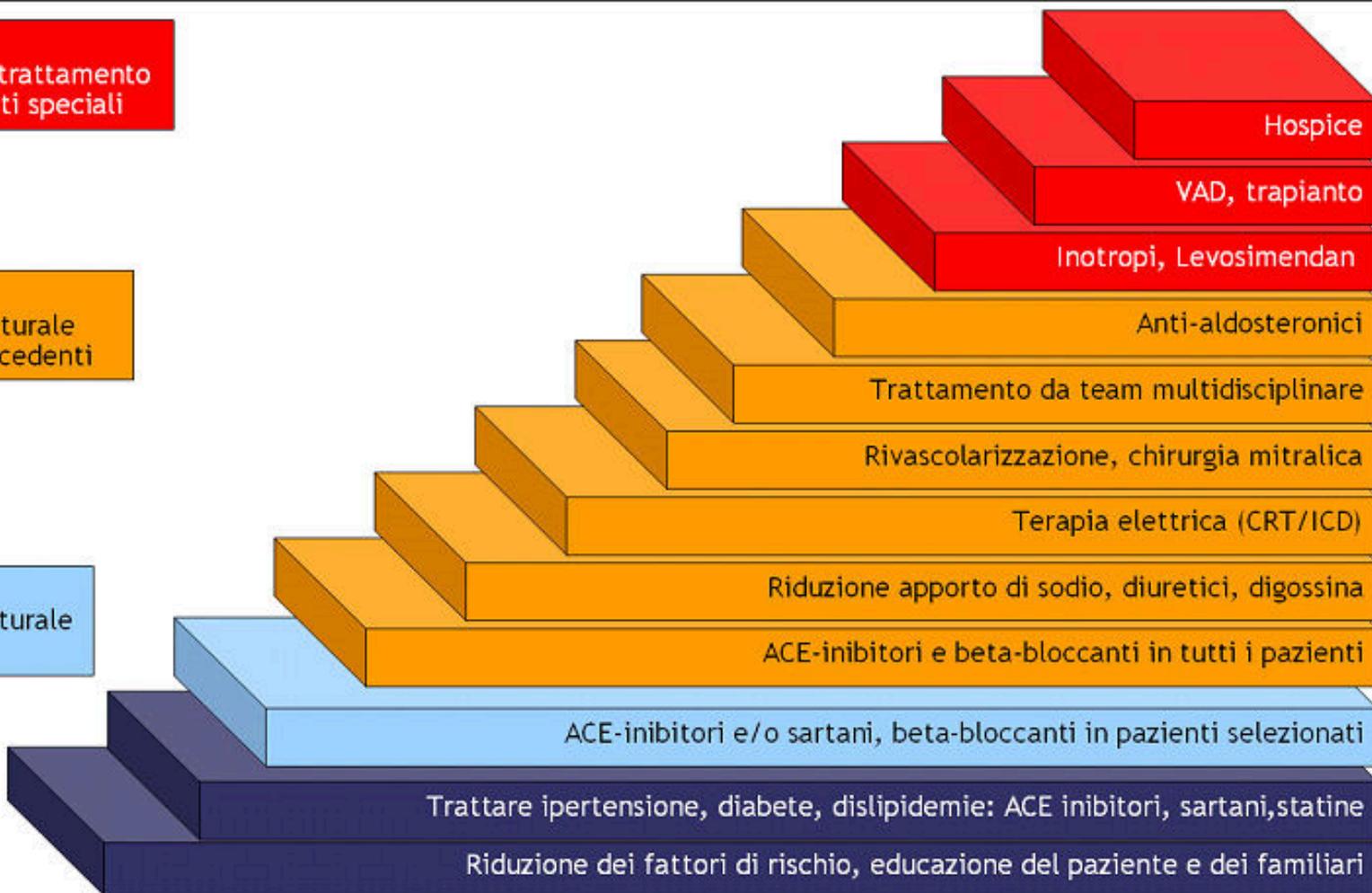
- Danno cardiaco strutturale
- Sintomi attuali o precedenti

STADIO B

- Danno cardiaco strutturale
- No sintomi

STADIO A

- Pz ad alto rischio
- No sintomi



FINALITÀ DI UN PDTA

- Prendersi carico del paziente
- Ridurre gli accessi in Ospedale
- Ridurre la mortalità

IMPOSTAZIONE DEL PDTA

- Target di pazienti: NYHA II o NYHA III?
- Numero di potenziali pz per MMG? (nel X Municipio almeno 170 MMG)
- Uniformità di giudizio tra i MMG nella selezione dei pz?
- Numero e tipologia di specialisti coinvolti (cardiologi, ecocardiografisti, pneumologi, radiologi, ecc.)?
 - Dipendenti SSN?
 - SUMAI?

IMPOSTAZIONE DEL PDTA

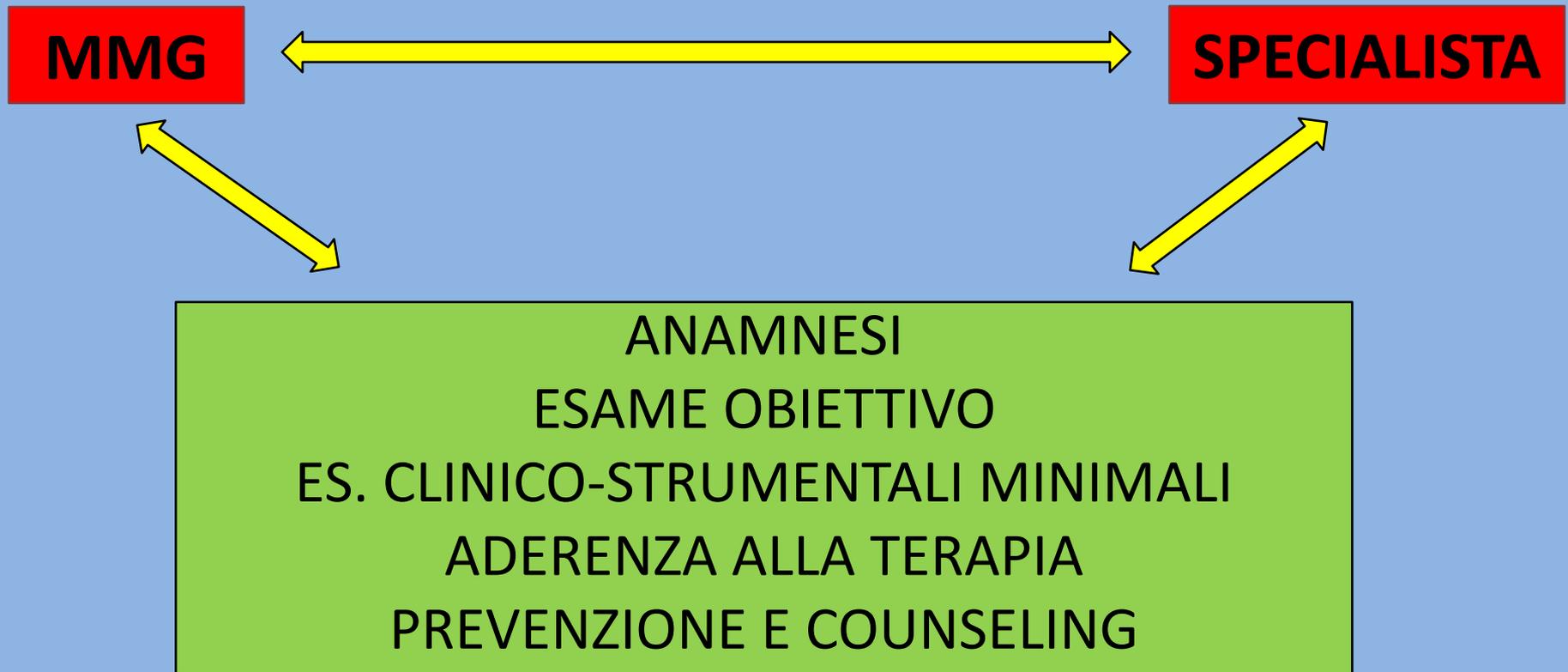
- Percentuale dell'orario lavorativo dello specialista dedicata al PDTA?
- Continuità assistenziale nella stessa giornata (considerare orari, spazi, contemporaneità) o «sindrome di Ulisse»?
- Possibilità di effettuare esami strumentali di II livello (ecocardiogramma, Holter, ecc.) entro pochi giorni?
- Possibilità di rivalutare il pz nell'immediato?
- Accesso al sistema informatizzato per la gestione delle prenotazioni

**Senza questi dati/elementi NESSUN PROGETTO
PUÒ PROGRAMMARSÌ NÉ ATTIVARSI**

In attesa che questi dati/elementi
vengano quantificati,

si potrebbe attivare un PDTA **meno complesso, di
più facile realizzazione, meno costoso** anche se di
certo meno conforme alle raccomandazioni delle
Società Scientifiche
(mondo reale vs mondo ideale)

LA PROPOSTA DEL CARDIOLOGO TERRITORIALE PER UN PDTA REALIZZABILE



ANAMNESI

Ricerca i sintomi dovuti:

- Al ridotto apporto di sangue:
 - Affaticabilità, stanchezza
 - Vertigini
 - Tachicardia
- All'accumulo di fluidi:
 - Tosse, dispnea, ortopnea (numero di cuscini utilizzati per dormire)
 - Aumento ponderale (spesso associato paradossalmente a riduzione dell'appetito)
 - Edemi declivi
- Altri sintomi da non sottovalutare:
 - Aumento della frequenza delle minzioni notturne (dovuto ad un incremento del rilascio di BNP, indice di iniziale riacutizzazione dello scompenso)

ESAME CLINICO-STRUMENTALE

- Turgore delle giugulari
- EOC (ritmo di galoppo, III tono)
- EOT
- PA (anche in ortostatismo se pz ≥ 70 aa)
- FC
- FR e SpO₂
- Peso corporeo
- Controllo diuresi (bilancio preciso con timing da pianificare)
- Circonferenza addominale
- Epatomegalia
- Edemi declivi
- **Esami strumentali***: ECG, RX torace (timing da pianificare)
- **Esami ematici***: emocromo, glicemia, transaminasi, elettroliti, azotemia, creatinina e clearance stimata (NT-proBNP)

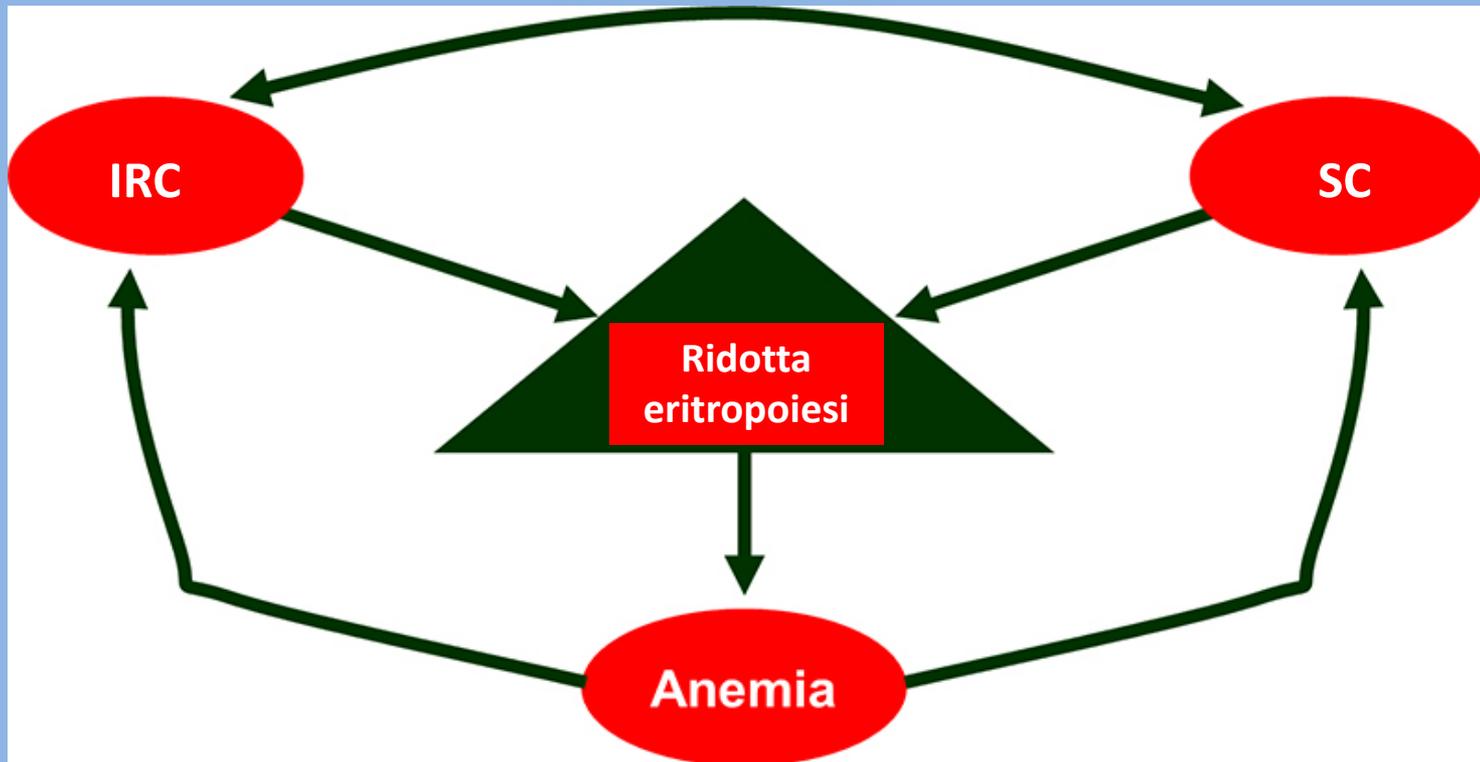


**MAX 30
MINUTI**

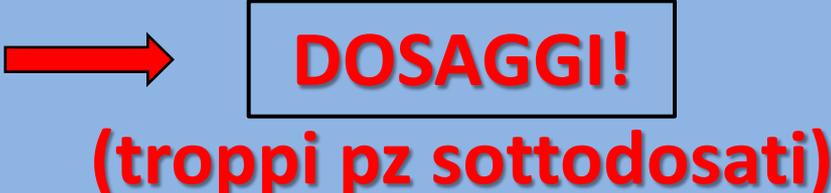
***Gli esami strumentali e gli esami ematici possono essere eseguiti esternamente e presentati in visita**

**TUTTI QUESTI DATI DOVREBBERO/POTREBBERO ESSERE
REGISTRATI IN MANIERA INFORMATIZZATA SU FOGLIO EXCEL O
SEMPLICEMENTE SU SCHEDA CARTACEA**

ASSOLUTA NOSTRA SOTTOVALUTAZIONE



ADERENZA ALLA TERAPIA

- Terapia basilare (non esclusiva) da prescrivere SEMPRE nei pz NYHA III:
 - ACE-inibitori/sartani
 - Beta-bloccanti
 - Diuretici

DOSAGGI!
(troppi pz sottodosati)
- Aderenza: troppi pz interrompono/riducono la terapia privilegiando gli effetti collaterali sull'efficacia e gli endpoint (anche con eccessiva ns benevolenza/accondiscendenza)

COUNSELING E MISURE DI PREVENZIONE

- Non fumare
- Limitare il consumo di bevande alcoliche e di caffeina
- Adottare un'alimentazione equilibrata a ridotto contenuto di colesterolo, zuccheri e sale
- Evitare il sovrappeso
- Svolgere una regolare attività fisica di tipo aerobico
- Mantenere un controllo ottimale dei valori di PA, glicemia e colesterolo
- Stretto follow-up (precisione massimale nella compilazione di scheda apposita)

[HOME](#) | [CONTATTACI](#)

CONTATTACI



AISC Associazione Italiana Scompensati Cardiaci

Telefono: +39.338.7473575

e-mail: info@associazioneaisc.org

segreteria@associazioneaisc.org

Associazione no profit

C.F. 97798350589 | P.IVA 12956951003

Sede Legale: Via della Meloria 37 | 00136 Roma



APPENDICE:
SCHEDE PER LA REGISTRAZIONE
QUOTIDIANA DI PARAMETRI, SINTOMI E TERAPIA

CONCLUSIONI

- Visitare frequentemente il pz e verificare la sua aderenza alla terapia (INCREMENTO DEI DOSAGGI!) è priorità improcrastinabile al pari di ridurre il rischio di complicanze broncopneumoniche che costituiscono una delle principali cause di riacutizzazione dello SC (vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica, utilizzo precoce della terapia antibiotica eventualmente anche in assenza di febbre se giustificato dalla clinica)
- Counseling continuo con il pz ed i suoi familiari



PERMETTONO DI

RITARDARE/EVITARE IL PEGGIORAMENTO DELLA CLASSE FUNZIONALE E CONTESTUALMENTE DI OTTENERNE UN MIGLIORAMENTO EVITANDO L'ACCESSO OSPEDALIERO

CONCLUSIONI

- L'esecuzione di esami strumentali di II livello ha senso se effettuata in tempi brevi e comunque non deve ritardare l'attivazione di norme terapeutiche e comportamentali
- Se nonostante l'acclarata ottimizzazione della terapia ed il rigoroso rispetto delle norme igienico-dietetiche, il pz permane in classe NYHA III-IV si impone il ricorso al ricovero ospedaliero per eventuale impianto di device (pacemaker biventricolare, ICD)

CONCLUSIONI

- LA CLINICA HA UN VALORE SE NON SUPERIORE DI CERTO EQUIVALENTE ALLE INDAGINI STRUMENTALI NELLE CLASSI NYHA I E II E PER L'IDENTIFICAZIONE DI EVENTUALE PEGGIORAMENTO FUNZIONALE
- NELLA CLASSE NYHA III UNA TERAPIA SENZA ACE-INIBITORI/SARTANI, BETA-BLOCCANTI DI NUOVA GENERAZIONE (PER ES. BISOPROLOLO) E DIURETICI NON PUÒ DEFINIRSI TERAPIA OTTIMALE
- LA DEFINIZIONE DELLA CLASSE FUNZIONALE NON E' COMPETENZA SPECIFICA DELLO SPECIALISTA CARDIOLOGO MA E' UNA VALUTAZIONE CLINICA CHE PUO' ESSERE OBIETTIVATA ANCHE NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE