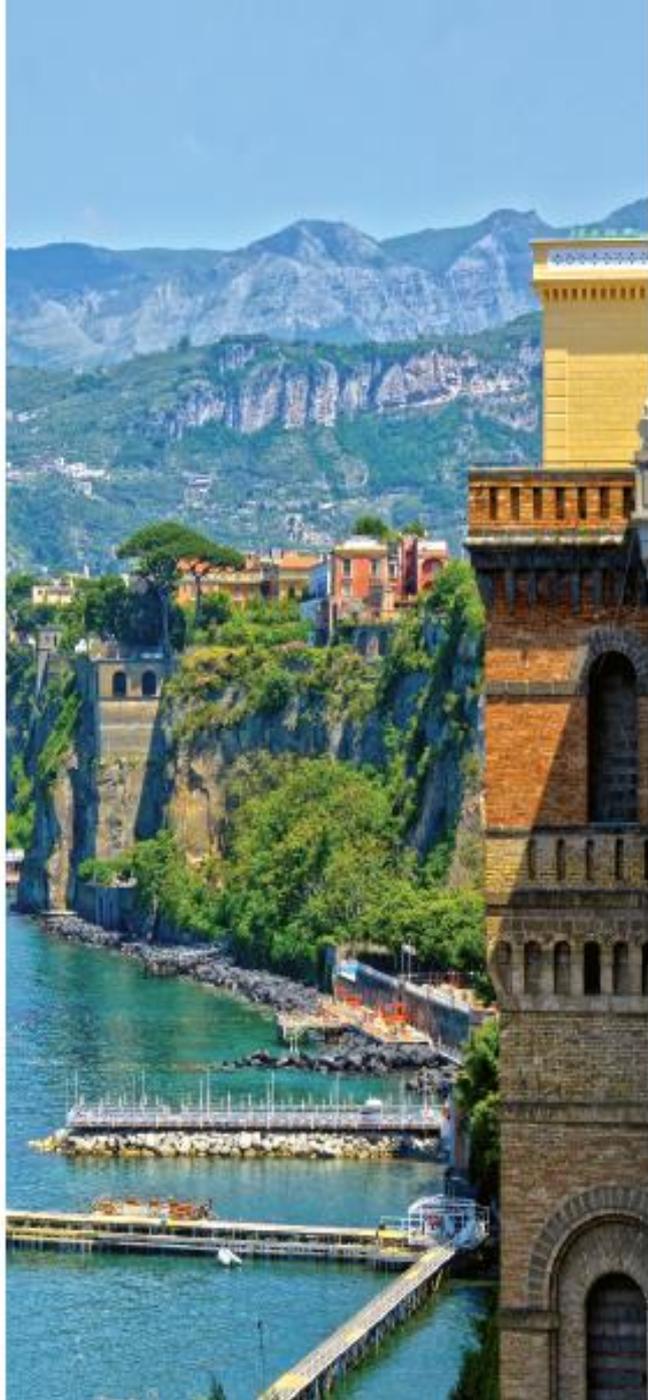


XXIX CONGRESSO NAZIONALE ANCE

PROGRAMMA

10 - 13 OTTOBRE 2019

*Centro Congressi
Hilton Sorrento Palace
Sorrento (NA)*



Il follow-up nelle cure dello scompenso cardiaco severo guidato da una check-list clinica

DORIANO BATTIGELLI
Cardiologo
MMG, Azienda Sanitaria
Universitaria Integrata
TRIESTE

Consensus Conference

Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco

(G Ital Cardiol 2006; 7 (6): 387-432)

CAPITOLO 3

Profili clinici e percorsi assistenziali

Sono stati definiti sei differenti percorsi gestionali:

1. prevenzione e screening della disfunzione ventricolare asintomatica;
2. il paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato;
3. il paziente con SC ambulatoriale oligosintomatico;
4. il paziente con SC severo candidabile al trapianto cardiaco;
5. **il paziente con SC con comorbidità e/o anziano;**
6. **il paziente con SC terminale.**

Organizzazione del follow-up
dello scompenso a Trieste



CONSENSUS “SCOMPENSO CARDIACO”

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI

Percorsi diagnostico terapeutici condivisi per i medici di medicina generale ed ospedalieri in Friuli Venezia Giulia

Dicembre 2017

Quale follow-up per il paziente con scompenso avanzato

- 1. paziente stabile in classe NYHA III-IV:** di regola, in carico ai cardiologi (es. paziente < 65 a. con cardiomiopatia dilatativa o post-infartuale)→
 1. Programmano la cadenza di controlli specialistici clinici e strumentali, invasivi e non
 2. Definiscono il programma terapeutico con conferma/modificarlo a seconda dell' andamento ad ogni valutazione clinica.
- 3. MMG :** nelle fasi di stabilità, una volta impostato il PDTA,
 1. gestione domiciliare in situazioni particolari (ADP/ADI) = gestione di problematiche non cardiologiche.
 2. essenziale una costante comunicazione bidirezionale tra ospedale - specialista e MMG.

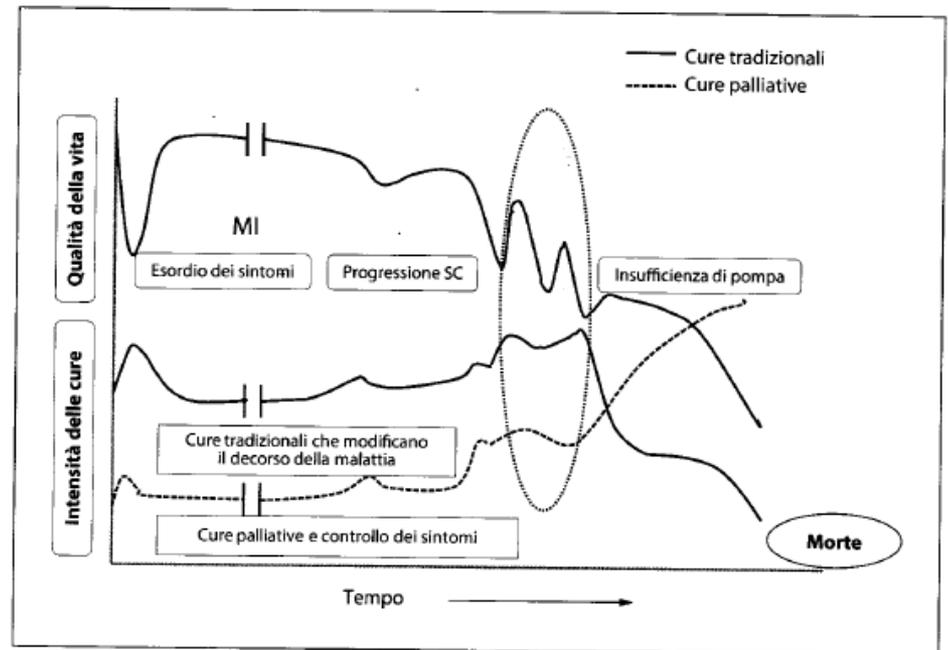
Quale follow-up per il paziente con scompenso

2. **paziente anziano con multimorbidità ad impatto significativo sulla prognosi e sulla terapia, deficit cognitivo e/o scarsa aderenza alle terapie, problematiche socio-assistenziali durante il ricovero:**
- → segnalato al Distretto/AFT → AFT coordina l'attivazione del team assistenziale (ADI, servizi sociali e MMG + specialisti vari) .
 - La gestione va personalizzata attraverso la redazione di un **Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)**.
 - l'intervento clinico del cardiologo ha un impatto generalmente basso
 - → consulenza/collaborazione con eventuale presa in carico il paziente per il periodo necessario alla rivalutazione ed ottimizzazione terapeutica
 - Difficoltà a ottenere consulenze specialistiche a domicilio
 - Problema della gestione nelle strutture intermedie → formazione del personale , difficoltà a visite specialistiche nella struttura

Quale follow-up per il paziente con scompenso avanzato o terminale

4. paziente con scompenso avanzato o terminale (in genere complesso) in classe NYHA III-IV segue un percorso analogo al precedente:

- → segnalato al Distretto/AFT → AFT coordina l'attivazione del team assistenziale (ADI, servizi sociali e MMG + specialisti vari, soprattutto cardiologo e palliativista)
- La gestione va personalizzata attraverso la redazione di un **Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)**.
- opportuno anche stabilire percorsi concordati con i reparti di Medicina Interna dove abitualmente questi pazienti vengono ricoverati in fase instabile, non gestibile a domicilio.
- la complessità dei bisogni fisici, psicologici e sociali dei malati di scompenso cardiaco richiede un **approccio palliativo diverso** rispetto al paziente oncologico, che tenga conto della diversa traiettoria della malattia e delle esigenze mutevoli del malato, oltre che dei suoi caregiver



**Obiettivo fondamentale del follow-up è
la prevenzione delle instabilizzazioni, cogliendo precocemente i
fattori precipitanti e i sintomi/segni di instabilizzazione**

- Per pazienti non trasportabili, non autosufficienti, affetti da gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati, fra cui lo scompenso cardiaco avanzato, **il MMG è il responsabile dell'assistenza domiciliare**, che può svolgere da solo o con personale non medico, nell'ambito delle forme attualmente previste

Ma:

- **Qualsiasi operatore sanitario (MMG, specialista, infermiere) che gestisca lo scompenso da solo è destinato a non ottimizzare le possibilità di cura per il paziente e ad incorrere in fallimenti:**
 - ✓ *errori nella diagnosi*
 - ✓ *frequenti instabilizzazioni*
 - ✓ *ricoveri evitabili*
 - ✓ *bassa aderenza alla terapia*
 - ✓ *bassa qualità di vita*
 - ✓ *bassa soddisfazione del paziente*
 - ✓ *mortalità più elevata*

Gestione del paziente con scompenso nel territorio:

- primi attori dell'assistenza sanitaria a livello territoriale sono i MMG, i distretti e gli specialisti cardiologi extraospedalieri
- Necessità di **sinergia di azione** di tutte le figure coinvolte, con una relazione stretta fra la rete territoriale e le strutture ospedaliere
- Superamento dei problemi di **comunicazione rapida bidirezionale** e di **privacy**



GDPR

Data Protection Officer (DPO) Compliance 25 May 2018 Data Breaches Personal Data

**REGOLAMENTO PRIVACY GDPR 679/16:
NUOVI ADEMPIMENTI E SANZIONI DAL 25 MAGGIO, SCOPRI QUALI**

Confcommercio Lecco organizza un incontro per le attività associative, nel quale verranno illustrati gli adempimenti e le sanzioni introdotti dal nuovo Regolamento GDPR 679/2016, che produrrà effetti dal prossimo 25 maggio.

**GIOVEDÌ 8 FEBBRAIO 2018
ORE 14.30**
presso Confcommercio Lecco
piazza Garibaldi, 4 a Lecco

Intervengono i consulenti di Confcommercio Lecco:
GIORGIO MARINONI - ML Informatica - D.P.O. 0151
ING. PAOLO CUPOLA - Consulente Privacy

E' gradita gentile conferma entro giovedì 8 febbraio 2018 a marketing@ascom.lecco.it

Riospedalizzazioni nello scompenso cardiaco:

- i tassi di riospedalizzazione a 1 anno sono superiori nella forma acuta di scompenso rispetto a quella cronica (30.7 vs 22.7%).
- Nei casi di scompenso acuto le cause cardiovascolari sono responsabili di nuovo ricovero nel 23.8% dei casi, quelle non cardiovascolari nell'8.3%.
- La percentuale di riospedalizzazioni nei pazienti *de novo* risulta inferiore a quella osservata nei soggetti con scompenso cardiaco pregresso noto (8.2 vs 21.4%).
- Nei pazienti ambulatoriali con scompenso cardiaco cronico, il tasso di riospedalizzazioni è del **22.7%**, ma solo **l'8.8%** dovuto a un nuovo episodio di scompenso cardiaco.

Predittori di riospedalizzazione nello scompenso

- **Indici fisiopatologici di scompenso:** aumento della PVG, ortopnea, edemi periferici, elevate pressioni di riempimento all'ecocardiografia; è noto che le variazioni di peso precedono di circa una settimana il ricovero
- **Aumento dei livelli di peptidi natriuretici e troponine,** riduzione della natriemia
- **Aumento delle dosi di diuretici** necessarie a controllare la congestione o intolleranza agli antagonisti neuro-ormonali a causa di ipotensione o disfunzione renale severa
- **Insufficienza renale e peggioramento della funzione renale** durante il ricovero precedente

Predittori di riospedalizzazione nello scompenso

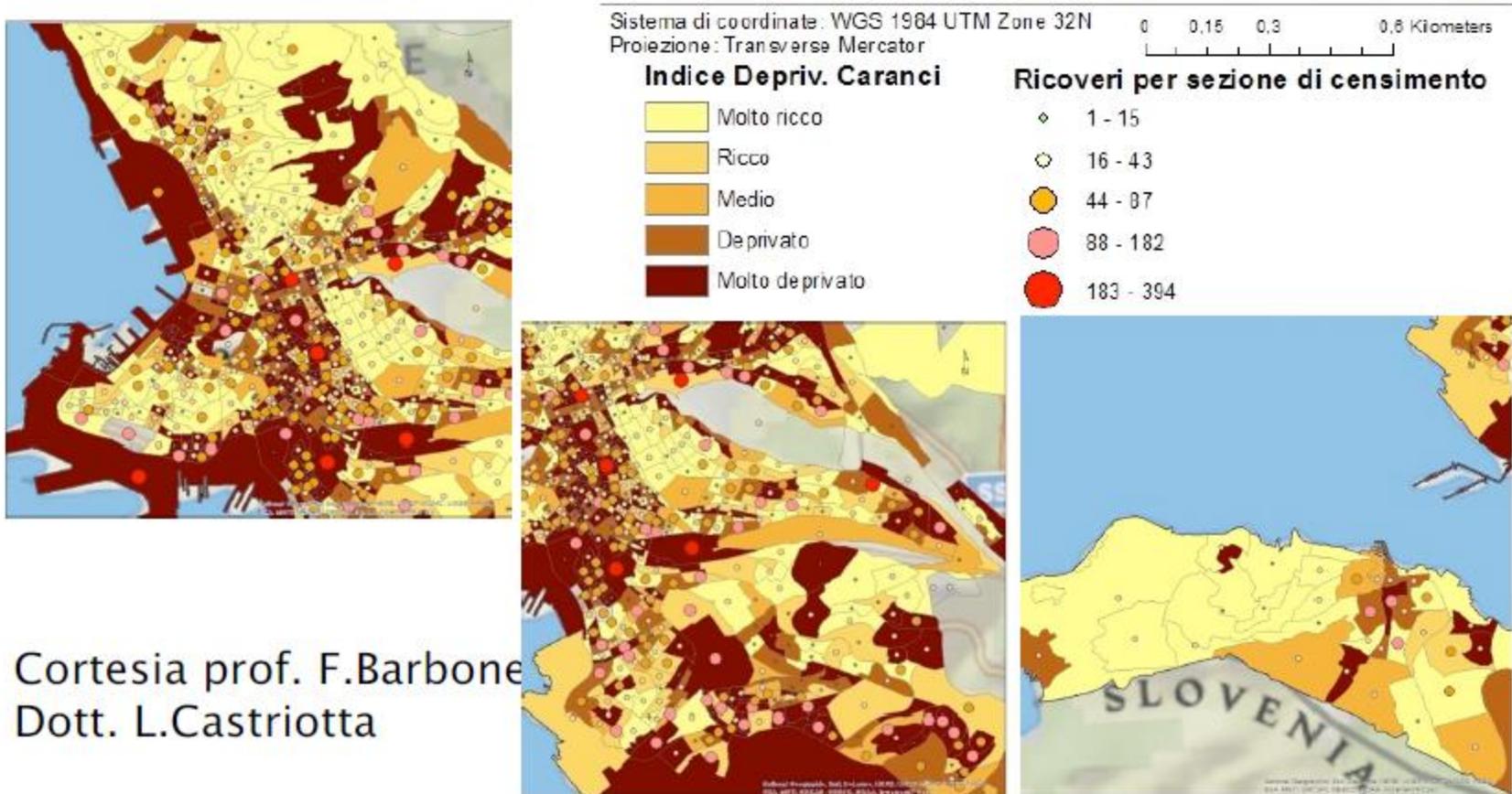
- **Comorbidità:** fibrillazione atriale, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa , insufficienza renale cronica e pneumopatie croniche (BPCO; ecc.) , diabete mellito, anemia
- **“fragilità”**, indici di bassa qualità della vita, , fattori psicosociali e socio-familiari che limitano l’aderenza alle terapie
- **Insufficiente/inefficace follow-up** da parte dei sanitari nel cogliere il peggioramento dei segni di scompenso e la non aderenza alla terapia , scarsa integrazione tra cardiologi/MMG/infermieri/care-givers a domicilio
- **Facilità locale all’ospedalizzazione** per scompenso cardiaco
- **Ricovero precoce dopo dimissione: incompleto trattamento in ospedale**, dimissioni troppo precoci a paziente ancora instabile, scarso coordinamento tra servizi e scarsa pianificazione alla dimissione tardiva assunzione in carico al territorio: critici I primi 7-10 giorni
- **Scarso empowerment** dei pazienti nel controllo del peso corporeo, PA, FC e dose di diuretici, RAAS, beta bloccanti

Riospedalizzazioni nello scompenso cardiaco

- L'ospedalizzazione per scompenso comporta un rischio generalizzato di un nuovo ricovero, anche a breve termine.
- un lavoro del gruppo di Krumholz riporta a 1 mese da un episodio di scompenso, infarto del miocardio o polmonite un tasso di riospedalizzazioni del 25%, 19% e 18%, rispettivamente.
- In particolare, la quota di pazienti riospedalizzati per la stessa condizione (scompenso dopo scompenso) risulta del **35%**.

DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI 2008-2013 PRESSO AOU-TS DEI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI TS E INDICE DI DEPRIVAZIONE SECONDO CARANCI (ICD9 CM 410.x e 412.x)

SCC



Cortesia prof. F.Barbone
Dott. L.Castriotta

INDICE DI CARANCI: Valutazione multidimensionale: basso livello di istruzione, disoccupazione, mancato possesso dell'abitazione, famiglia monogenitoriale e alta densità abitativa

LIVELLI DI DEPRIVAZIONE NELLE REGIONI ITALIANE (CENSIMENTO 2011)



Indice di deprivazione regionale **2011**:
Elaborazione ISFOL.

Cause di riospedalizzazione nello scompenso : opinioni dei pazienti

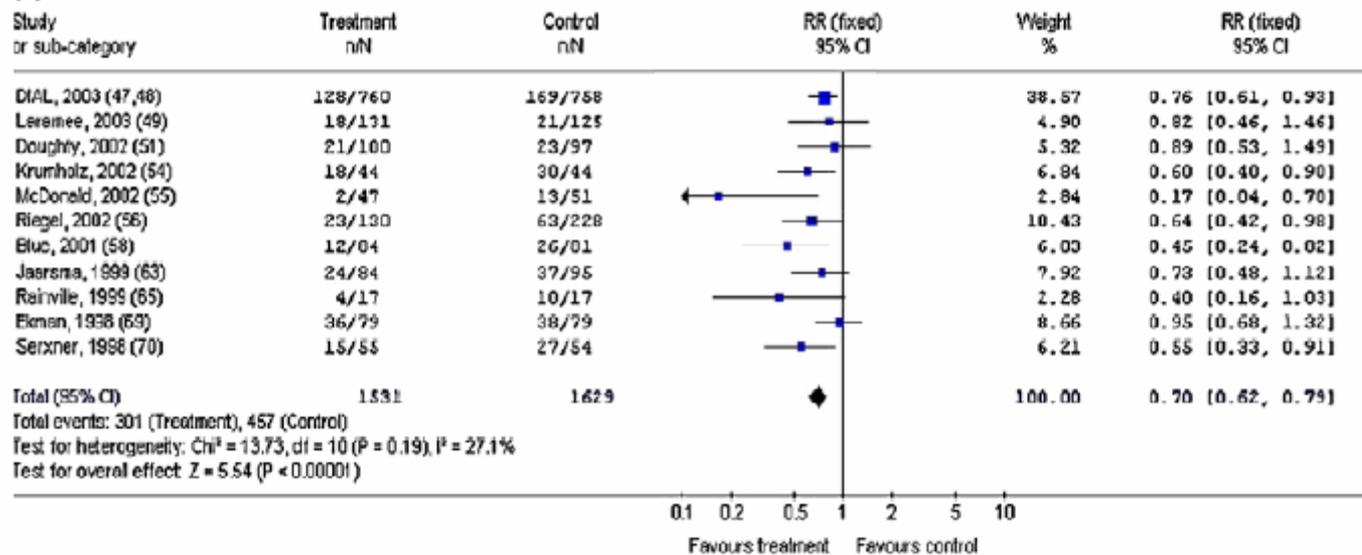
- I pazienti riferiscono un peggioramento del quadro di scompenso come causa della riospedalizzazione
- ~50% ritengono che la loro riospedalizzazione sia prevenibile, e questi pazienti hanno meno probabilità di essere ricoverati entro 30 giorni
- I pazienti citano sia la non aderenza che la mancanza di conoscenza in merito alla propria malattia come motivi prevenibili di riospedalizzazione
- Nisha A. Gilotra, Adam Shpigel, Ike S. Okwuosa, Ruth Tamrat, Deirdre Flowers, Stuart D. Russell; Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD *Journal of Cardiac Failure* Vol. 21 No. 8S August 2015

The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports

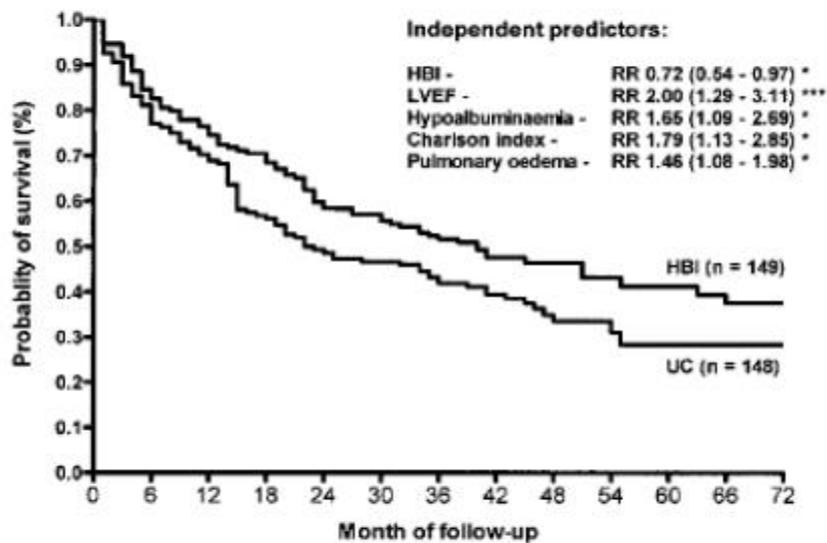
Jonás Gonseth^a, Pilar Guallar-Castillón^b, José R. Banegas^b,
Fernando Rodríguez-Artalejo^{b,*}

(a)

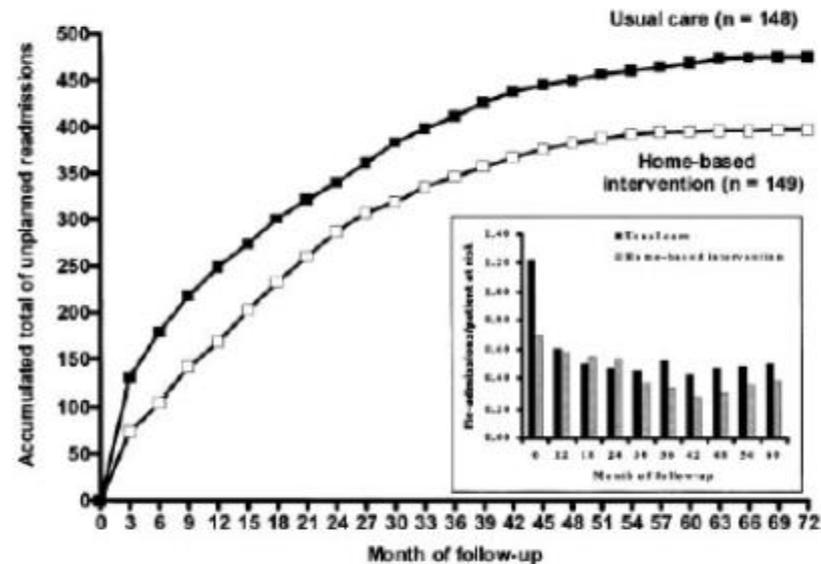
HF or CV readmissions



GESTIONE INFERMIERISTICA DOMICILIARE



MORTALITA' -28%



OSPEDALIZZAZIONE -36%

**Il progetto di Trieste:
miglioramento del follow-up dello
scompenso cardiaco severo
guidato da una check-list clinica +
monitoraggio peptidi natriuretici
(lavori in corso...)**



Trieste demografia

Popolazione residente: 204.237 ABITANTI

- **densità demografica (n. abitanti per km²)** pari a **2.401** contro un livello regionale di **153**
- numerosità e concentrazione delle **situazioni di fragilità**
- **famiglie di ridotte dimensioni** (n. medio di componenti delle famiglie **1,92** contro un valore regionale di **2,16**)
- le **persone che vivono sole** sono il **25,4%** della popolazione
- fattori di rischio legati a scarsità e debolezza delle relazioni sociali

Trieste è la città più anziana d'Italia e d'Europa (INDICE DI VECCHIAIA = 257,6 vs Italia 151,4) – over 65 = 28,6% della popolazione generale)

Ricoveri ripetuti a Trieste

- **il totale dei ricoveri ripetuti è in salita negli anni (+ 16% dal 2015 al 2016 e un ulteriore +6% considerando il periodo ottobre 2016/settembre2017).**
- **la stragrande dei ricoveri ripetuti è imputabile alle alla BPCO (34,6%) o scompenso cardiaco (29,3%).**

Come fare un follow-up efficace?

- 3 strumenti:
 1. **Checklist clinica standardizzata** (sintomi, segni, aderenza e ottimizzazione della terapia, assunzione di altri farmaci, autocontrollo domiciliare), ripetuta periodicamente
+
 2. **Misurazione PEPTIDI NATRIURETICI** (BNP o NT-proBNP), all'inizio e se elementi di instabilizzazione alla clinica (gestione clinica BNP-assistita, NON guidata!)
+
 3. **Rapida attivazione** dei cardiologi e dell'assistenza domiciliare infermieristica e sociale in caso di sospetta iniziale instabilizzazione dello scompenso cardiaco

PAROLE CHIAVE

- POLIPATOLOGIA DI DURATA COMPLESSA
- FRAGILITA'
- APPROCCIO MULTIPROFESSIONALE INTEGRATO
- PERCORSI DI CURA FACILITATI

Check-list per il controllo periodico della stabilità dello scompenso cardiaco

10 item:

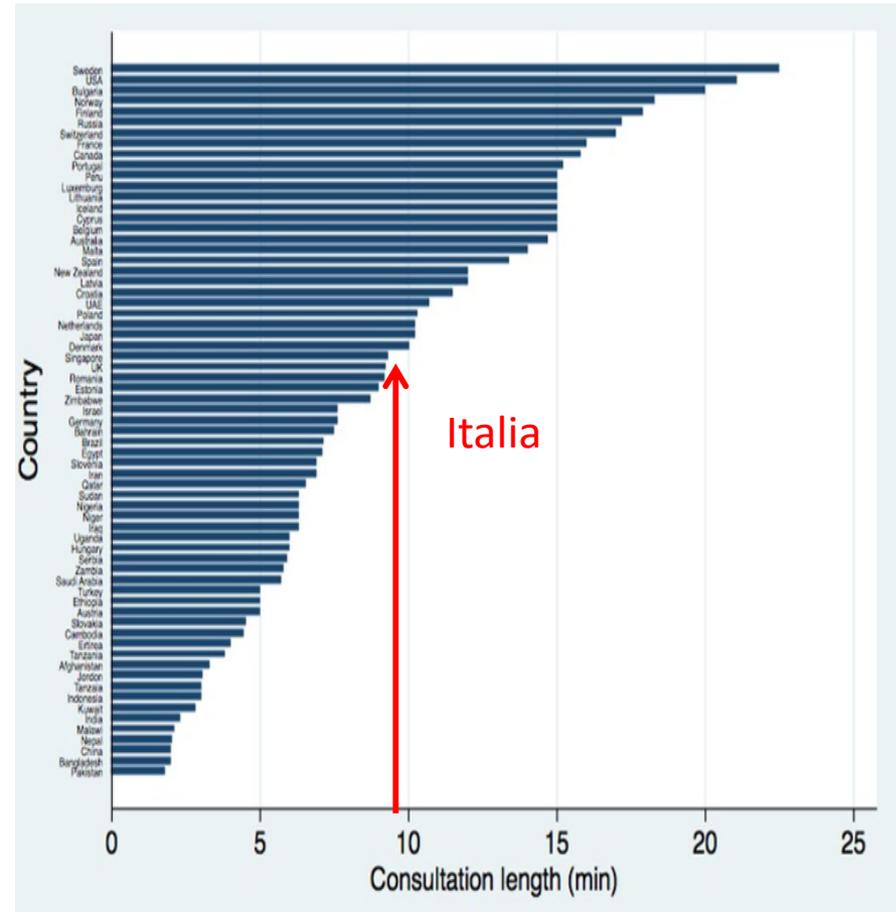
*“bilancio di stabilità dello
scompenso”*

(obiettivo incentivato per i MMG)

Quanto dura in media una visita dal MMG?

- La forbice è ampia: si va dai 48 secondi del Bangladesh ai 22 minuti della Svezia.
- I due esempi rappresentano i casi limite di una ricerca pubblicata sul [British Medical Journal](#), coordinata dall'Università di Cambridge e mirata a valutare la durata media di una visita dal medico di medicina generale in 65 Paesi nel mondo.
- Della lista non fa parte l'**Italia**, ma per avere un'idea della situazione alle nostre latitudini si può fare riferimento a un'[indagine analoga condotta un paio d'anni fa dalla Società Italiana di Medicina Generale](#).
- **Lungo la Penisola la media ammonta a 9 minuti**: un dato analogo a quello rilevato in **Gran Bretagna** (9,22), di poco superiore a quello tedesco (8 min) e inferiore alle rilevazioni condotte in **Olanda** (10,2), **Spagna** (10,4), **Francia** (16) e **Svizzera** (17).

22 secondi è il tempo medio dopo il quale il medico interrompe il paziente, che invece necessiterebbe di almeno 2 minuti



ATUL GAWANDE
CHECKLIST
COME FARE ANDARE MEGLIO LE COSE



EINAUDI

Nelle situazioni ad elevata complessità e a ridotto tempo decisionale, sono facili gli errori di **negligenza**, più che di imperizia e imprudenza. Spesso a causa di stanchezza, distrazione, sovraccarico di lavoro, fretta, burn-out

la soluzione più semplice può rivelarsi la più efficace. Per evitare errori grossolani e peggioramenti clinici, basta, infatti, redigere una **lista di cose da fare ("checklist")**, la più sintetica, chiara e breve possibile. Come in Aviazione, e in ambiente ospedaliero, ecc. Spuntando le poche voci di una *checklist*, si possono ottenere risultati clamorosi:

REQUISITI: La checklist dev' essere

1. **breve (cinque-dieci voci al massimo),**
2. **Sintetica**
3. **scritta con un linguaggio semplice, preciso e condiviso**
4. **va sempre passata al vaglio della pratica**
5. **va modificata con l'evoluzione delle conoscenze.**

PARAMETRI DA CONTROLLARE	PARAMETRI STABILI O MIGLIORATI	SE PEGGIORATI: CHECK E CORREZIONE CAUSE DI PEGGIORAMENTO - AZIONI
SINTOMI A RIPOSO ASSENTI CLASSE FUNZIONALE NYHA I-II STABILE	ASSENTI: prosegui così NYHA: I-II stabile: prosegui così	PRESENTI o NYHA PEGGIORATA: controlla e correggi le cause di peggioramento dello scompenso ; consulta il cardiologo
CONGESTIONE: no ritenzione idro-salina (peso stabile o ridotto, edemi, dispnea da sforzo, ortopnea, segni congestione polmonare, ↑ PVG, RAG +, versamenti)	Assente: Prosegui così Prova a ridurre le dosi di diuretico	Presente: aumenta i diuretici dell'ansa, aggiungi antialdosteronico se non insufficienza renale stadio IV o iperkaliemia . Se paziente ipoteso: ricovero
PERFUSIONE: Pressione arteriosa ≥90 mmHg (valori più alti negli anziani); no pallore/estremità fredde/cianosi periferica, fatica, oliguria, confusione mentale , ipotensione posturale	Buona: Prosegui così	Se ipertensione: potenziare ACE-I, diuretici, aggiungere alfa-litici. Se < 90 o sintomi ipotensione: consulenza cardiologica
ATTIVAZIONE SIMPATICA: FC 50-70/min se in ritmo sinusale, 70-90/min se in f.a. no sudorazione fredda	Ridotta: Prosegui così	Se FC elevata : aumentare betabloccante ± digossina ± ivabradina. Se FC bassa: ridurre la terapia bradicardizzante, se continua: consulenza specialistica
Angina e/o aritmie sostenute e sintomatiche e/o presincope/sincope	assenti: prosegui così	presenti: Consulenza specialistica breve (telef.) o ricovero urgente
RICONCILIAZIONE TERAPEUTICA (metodo del sacchetto)	presente: prosegui così	assente: elimina farmaci incongrui
OTTIMIZZAZIONE DI TUTTE LE TERAPIE	adeguata: prosegui così	non ottimale: Fai un nuovo promemoria con la terapia ottimizzata + controllo a breve termine, attiva il servizio infermieristico domiciliare
ADERENZA A TUTTE LE TERAPIE	aderente: prosegui così	Non aderente: Controlla dosi e prescrizioni Attiva la rete di controllo
CONTROLLO DI LABORATORIO (emocromo, glicemia, Clearance creatinina, elettroliti, BNP)	nella norma o invariati: prosegui così	Alterati: Cambia la terapia in modo da normalizzarli ; consulenza specialistica
ASPETTI EDUCATIVI (controllo peso, dieta, autogestione diuretici e anti-ipertensivi, comprensione della malattia)	Recepiti: prosegui così	Non recepiti: rinforza l'educazione terapeutica, attiva la rete assistenziale

- I **peptidi natriuretici** non sono utilizzati per diagnosticare lo scompenso (già ben noto), né per guidare da soli la terapia, ma come **supporto ulteriore** alla valutazione clinica mediante la checklist (es. VES nel follow-up di attività dell'artrite reumatoide e delle malattie infiammatorie intestinale, HbA1c nel controllo del diabete mellito, ecc.)
- **Anche se l'aumento è poco specifico, segnala comunque che "qualcosa sta peggiorando nel paziente" e il paziente dev'essere accuratamente indagato**
- I peptidi natriuretici (sia il BNP che il NT-proBNP) sono dei predittori indipendenti di morte da tutte le cause, mortalità e morbilità e di ospedalizzazione, dopo correzione per i maggiori fattori clinici confondenti:
 - Il rischio di mortalità (a breve o lungo termine) o di eventi cardiovascolari aumenta in modo continuo e progressivamente con l'aumentare dei livelli circolanti dei peptidi natriuretici.
- I pazienti che rispondono al trattamento farmacologico con una diminuzione significativa dei livelli circolanti di peptidi natriuretici (> 30%) hanno una migliore prognosi, in particolare riguardo alla diminuzione della mortalità e/o di eventi cardiovascolari maggiori.

Tabella 5. Elenco delle più comuni malattie non cardiache in cui i livelli di BNP o NT-proBNP possono essere alterati rispetto ai valori di riferimento.

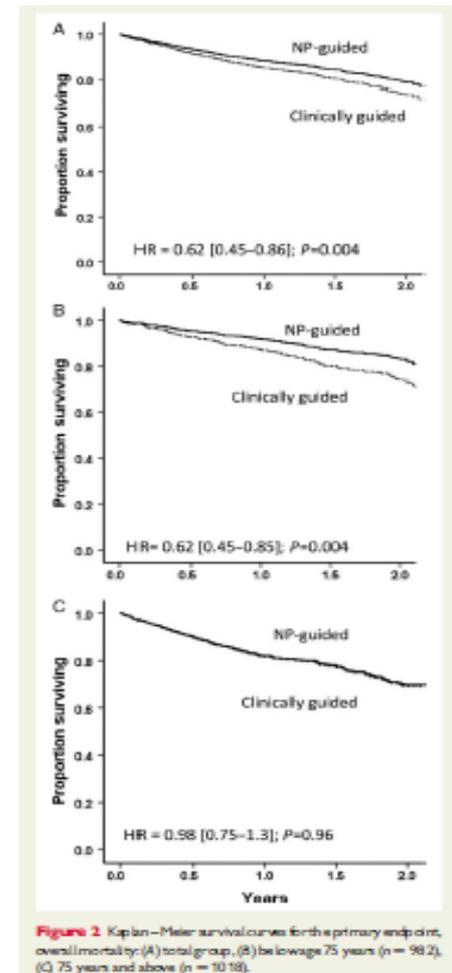
Gruppi di malattie	Livelli circolanti
1. Malattie polmonari	
Dispnea acuta	↑
Broncopneumopatia cronica ostruttiva	↑
Ipertensione polmonare primitiva	↑
Embolia polmonare	↑
2. Malattie endocrino-metaboliche	
Ipertiroidismo	↑
Ipotiroidismo	↓
Sindrome di Cushing	↑
Iperaldosteronismo (primario o secondario)	↑
Morbo di Addison	↑
Diabete mellito	↑
Acromegalia	↓
Obesità	↓
3. Cirrosi epatica con ascite	↑
4. Insufficienza renale (acuta o cronica)	↑↑
5. Sindrome paraneoplastica	↑
6. Emorragia subaracnoidea, ictus, trauma cranico	↑
7. Malattie infiammatorie croniche (amiloidosi)	↑
8. Sepsi	↑ o ↑↑
9. Somministrazione di farmaci cardi tossici (antineoplastici, abuso di droghe)	↑
10. Anemia, ipossia	↑

↑, aumentati; ↑↑, molto aumentati; ↓, diminuiti.

In aggiunta: monitoraggio dello scompenso mediante dosaggio dei peptidi natriuretici (BNP o NT-proBNP)

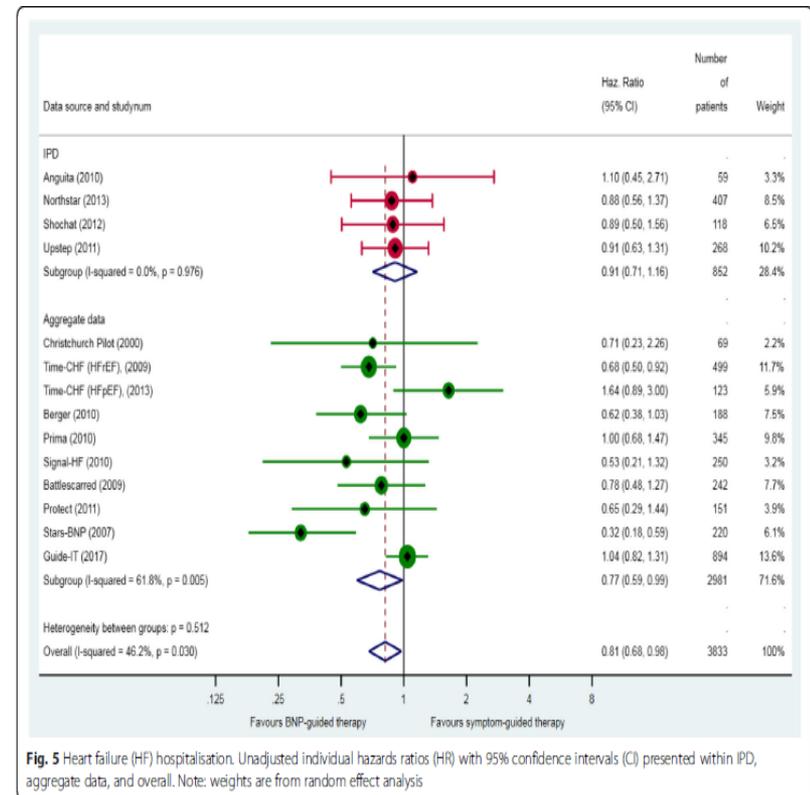
- «MONITORAGGIO ≠ «TERAPIA GUIDATA « MEDIANTE PN
- Evidenze nella terapia guidata dai peptidi natriuretici:
 - Metanalisi di Troughton: 11 studi eleggibili: 2000 pazienti, 994 randomizzati con terapia guidata dalla clinica, 1006 con terapia guidata dal peptide natriuretico.
 - **Mortalità complessiva ridotta significativamente dalla terapia BNP-guidata** [hazard ratio $\frac{1}{4}$ 0.62 (0.45–0.86); P $\frac{1}{4}$ 0.004] senza eterogeneità tra gli studi o interazione con la FE
 - **Il beneficio nella sopravvivenza della terapia BNP –guidata era osservabile nei soggetti più giovani (< 75 anni)** [0.62 (0.45–0.85); P $\frac{1}{4}$ 0.004] non nei più anziani (≥ 75 anni) [0.98 (0.75–1.27); P $\frac{1}{4}$ 0.96].
 - **L'ospedalizzazione per scompenso** [0.80 (0.67–0.94); P $\frac{1}{4}$ 0.009] o malattie cardiovascolari [0.82 (0.67–0.99); P $\frac{1}{4}$ 0.048] era **significativamente minore** nella terapia BNP-guidata, senza eterogeneità tra gli studi e senza interazioni con l'età o la FE

Troughton RW. European Heart Journal (2014) 35, 1559–1567



In aggiunta: monitoraggio dello scompenso mediante dosaggio dei peptidi natriuretici (BNP o NT-proBNP)

- Evidenze nella terapia guidata dai peptidi natriuretici:
- Metanalisi di PAFULETE: 14 RCT. 3968 pazienti con scompenso
- **La terapia BNP-guidata ha ridotto le ospedalizzazioni del 19% (13 RCTs, HR 0.81, 95% CI 0.68 - 0.98) ma non la mortalità complessiva (13 RCTs; HR 0.87, 95% CI 0.75 - 1.01) o cardiovascolare (5 RCTs; OR 0.88, 95% CI 0.67 - 1.16).**
- Per la mortalità complessiva, c'era una significativa interazione tra la strategia di trattamento e l'età ($p = 0.034$, 11 RCTs; HR 0.70, 95% CI 0.53–0.92, pazienti < 75 anni e HR 1.07, 95% CI 0.84–1.37, pazienti ≥ 75 anni); FE ($p = 0.026$, 11 RCTs; HR 0.84, 95% CI 0.71–0.99, per i pazienti con HFrEF; e HR 1.33, 95% CI 0.83–2.11, per i pazienti con HFpEF).
- Effetti avversi più frequenti con la terapia BNP guidata rispetto alla terapia basata sui sintomi/segni (5 RCTs; OR 1.29, 95% CI 1.04 to 1.60).
- Non chiara la rilevanza di tali dati nei pazienti non selezionati, soprattutto quelli trattati dai MMG



Pufulete et al. Systematic Reviews (2018) 7:112
<https://doi.org/10.1186/s13643-018-0776-8>

Follow-up scompenso cardiaco severo a Trieste: progetto

- 1. l'Azienda Sanitaria fornisce ai 160 MMG un elenco dei pazienti con ≥ 2 ricoveri ospedalieri con diagnosi di dimissione (DRG principale) di "scompenso cardiaco" (1a diagnosi) dall' 1.1.2017 al 30.9.2018



- 2. Ogni MMG:
 - verifica se la diagnosi è corretta
 - applica la **checklist scompenso** ai pazienti con scompenso confermato
 - verifica se hanno eseguito un peptide natriuretico (BNP o NT-proBNP) negli ultimi 60 giorni



Follow-up scompenso cardiaco severo a Trieste: progetto



- 3. Il MMG fornisce l'elenco dei pazienti che non hanno eseguito un peptide natriuretico negli ultimi 60 giorni, all'Azienda Sanitaria



- 4. L'Azienda Sanitaria esegue (spesso a domicilio) il prelievo per il peptide natriuretico e lo invia al laboratorio centrale



Follow-up scompenso cardiaco severo a Trieste: progetto



- 5. I valori dei peptidi natriuretici sono comunicati ai MMG



- 6. Nei pazienti con peptide natriuretico elevato (BNP > 400 pg/ml o NT-proBNP > 2000 pg/ml) il MMG **e/o** con elementi di instabilizzazione alla checklist nonostante la correzione effettuata dal MMG:
 - telefona al **cardiologo del CCV** (cellulare dedicato) o a un **cardiologo convenzionato** per concordare una visita specialistica (anche a domicilio) con codice B concordato (“fast-track”)
 - attiva l'**Assistenza Domiciliare Integrata** per il monitoraggio dei parametri vitali (peso, PA, FC, FR, ecc.) e il controllo dell'aderenza terapeutica e dell'assunzione di liquidi, e la valutazione socio-ambientale



Follow-up scompenso cardiaco severo a Trieste: progetto



- 7. Dopo un mese gli stessi pazienti vengono sottoposti a ridosaggio dei peptidi natriuretici. Se il valore è ridotto (< 30%): stop ADI, continua il follow-up mensile dei MMG tramite check-list



- 8. Se segni clinici di peggioramento dello scompenso → nuovo dosaggio dei peptidi natriuretici



- 9. Se risaliti → verifica delle terapie e aderenza terapeutica ed eventuale nuova consulenza cardiologica (anche telefonica) e riattivazione Assistenza Domiciliare Integrata

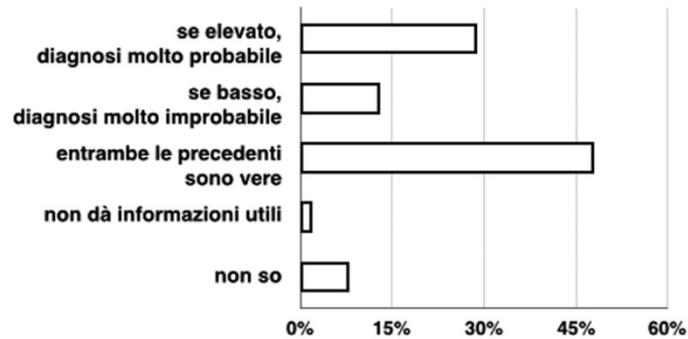
Difficoltà incontrate:

- Far comprendere e applicare l'utilizzo della checklist
- Far comprendere e applicare l'utilizzo del dosaggio dei peptidi natriuretici
- Problemi di centralizzazione del dosaggio dei peptidi natriuretici (finora dispersione in molti laboratori, anche privati)
- Problemi di comunicazione tra MMG ↔ azienda sanitaria ↔ distretti ↔ laboratori ↔ cardiologi
- Problemi di tempistica
- Problemi di report dei dati

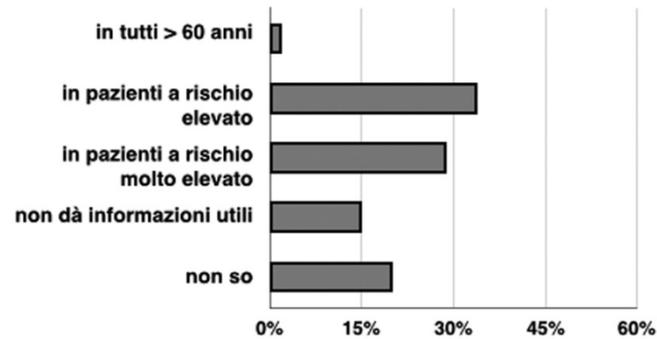
Survey dei MMG in merito alle conoscenze sui peptidi natriuretici

D'Ambrosio G et al. G Ital Cardiol 2016;17(1):41-47

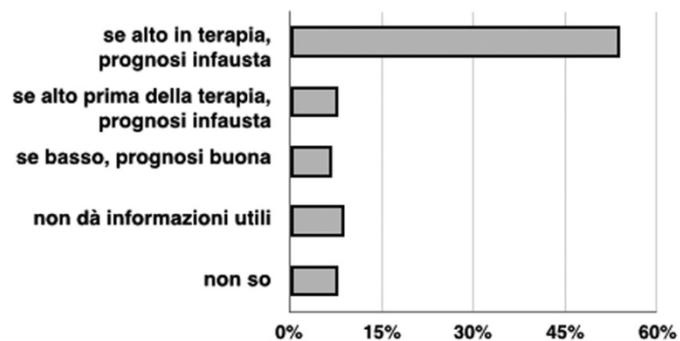
Diagnosi di scompenso



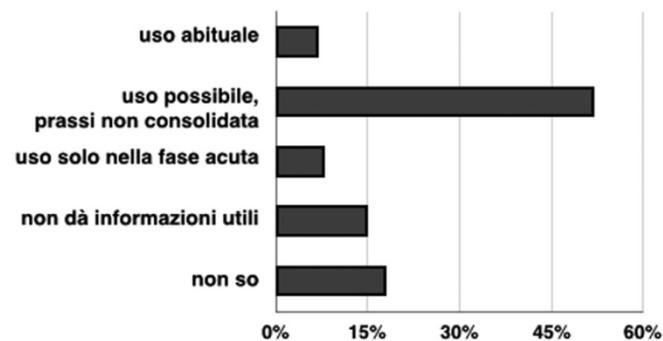
Screening disfunzione asintomatica



Prognosi individuale



Gestione della terapia



Primi dati:

- Inizio del progetto a metà settembre 2018
- 2 mesi per spiegare il progetto ai MMG, definire e perfezionare i percorsi assistenziali
- Inizio vera e propria azione dal gennaio 2019
- 2018: 1.123 persone con scompenso cardiaco → 304 persone con ≥ 2 ricoveri dall'1.1.2017 (748 ricoveri totali)
- Peptidi natriuretici eseguiti 866 (2017) → 2336 (2018) → 2090 (6.2019)
- Aumento x 412% delle telefonate ai cardiologi del Centro Cardiovascolare
- Aumento x 300% delle attivazioni ADI distrettuali
- Aumento + 18% degli accessi al PS, con concomitante lieve riduzione dei ricoveri (-5,7%) per scompenso cardiaco (da valutare, dati incompleti)



Considerazioni finali:

- Lo snodo centrale è **intercettare (e quindi prendere in carico precocemente)** i pazienti cardiologicamente più complessi ed a rischio per ridurre la probabilità di eventi
- Spesso (non sempre!!) l'esperienza clinica cardiologica e la necessità di supporto strumentale rende utile un **supporto specialistico** (anche nelle fasi terminali)
- Talvolta il **contesto di comorbidità e disagio sociale** può essere così importante da rendere l'impatto dell'intervento specialistico poco rilevante
- **La collaborazione tra specialisti, Distretti e MMG è strategica** in un territorio che vedrà crescere progressivamente numero e complessità dei pazienti cronici
- Un **follow-up programmato da parte dei MMG utilizzando una checklist di valutazione sistematica adiuvata dal monitoraggio dei peptidi natriuretici**, e integrato con i cardiologi e gli infermieri dei distretti può ridurre le ospedalizzazioni evitabili nello scompenso cronico severo
- **Valenza formativa per i MMG:** imparare a visitare il malato con SC, imparare a utilizzare i peptidi natriuretici, imparare a lavorare in rete, applicare la medicina d'iniziativa

