

Gestione integrata dello scompenso cardiaco

Pier Luigi Temporelli

Divisione di Cardiologia Riabilitativa
Fondazione Salvatore Maugeri
Torino

Un sistema organizzato di cure dei pazienti con scompenso cardiaco migliora la sintomatologia e riduce le ospedalizzazioni. La medicina generale ha ruolo di rilievo 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

Lo scompenso cardiaco (SC) è una sindrome cronica, con un grande impatto clinico e sociale a causa dell'elevata morbilità e mortalità. Come negli altri Paesi occidentali, lo SC è caratterizzato anche in Italia da un'alta prevalenza (0.3-2% della popolazione adulta) e incidenza (0.1-0.2%, 87.000 nuovi casi/anno). Inoltre, a causa dell'invecchiamento della popolazione, è previsto nei prossimi anni un ulteriore aumento del numero dei casi e quindi dei costi sociali, con elevato utilizzo di risorse (attualmente il 2-2.5% della spesa sanitaria totale, di cui il 60-70% per le ospedalizzazioni; prima causa di ricovero negli ultrasessantenni).

Un aspetto per certi aspetti inquietante emerso da un recente studio europeo (SHAPE) è che solo il 3% dei cittadini è in grado di riconoscere i sintomi dello scompenso, rispetto al 51% di quelli in grado di individuare quelli dell'ictus e al 31% di quelli in grado di identificare l'angina pectoris. Inoltre, solo il 29% ritiene che lo scompenso cardiaco sia malattia grave.

Dall'altro lato, un aspetto che dovrebbe fare riflettere, emerso dallo stesso studio, è che solo il 39% di internisti e geriatri prescriverebbe betabloccanti, farmaci ritenuti indispensabili dalle linee guida internazionali, in più della metà dei propri pazienti, a fronte di quanto dichiarato dal 73% dei cardiologi.

Così pure gli ACE-inibitori vengono prescritti dal 64% di internisti e geriatri contro l'82% dei cardiologi, peraltro con dosaggi raccomandati

solo nel 26-76% degli internisti e geriatri contro il 40-89% dei cardiologi. Questi dati da soli dimostrano come una gestione della malattia da parte di più figure mediche con una diversa visione del problema possa portare a risultati tutt'altro che ideali.

Inoltre, i pazienti con scompenso cardiaco cronico possono presentare riacutizzazioni della malattia tali da rendere frequente un nuovo ricovero ospedaliero che, tuttavia, solo in una minoranza dei casi è appropriato. È dimostrato infatti che il peggioramento del quadro clinico è spesso connesso a fattori precipitanti potenzialmente prevedibili e prevenibili.

Come tutte le malattie croniche lo SC richiede quindi, oltre alla gestione delle fasi di instabilità, l'individuazione di percorsi prevedibili della storia naturale e, quindi, un approccio assistenziale programmato e dinamico.

Ciò conferma come sia necessaria una gestione integrata territoriale e ospedaliera sulla base delle necessità del singolo paziente: per esempio, nelle fasi di stabilità della malattia il paziente può essere seguito nell'ambulatorio specialistico dedicato che idealmente dovrebbe essere costituito da un team di figure mediche e paramediche, mentre nelle fasi più avanzate della malattia può essere necessaria un'assistenza più intensiva come quella domiciliare integrata (ADI) o quella ospedaliera.

Il medico di medicina generale ha un ruolo essenziale nella prevenzione, diagnosi, trattamento e ge-

stione complessiva della malattia, mediante l'integrazione multidisciplinare di diverse competenze, a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici della persona.

Secondo le linee guida europee sullo scompenso cardiaco cronico "un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con SC 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 sottogruppi di pazienti (per esempio gravità dello scompenso, età, comorbilità) o per l'intera popolazione affetta da SC cronico (classe I, livello di evidenza C)".

Definizione e classificazione

Lo scompenso cardiaco è definito come l'incapacità del cuore di fornire sangue in quantità adeguate alle richieste dell'organismo. Secondo l'OMS l'insufficienza cardiaca è una diminuzione delle capacità fisiche per problemi della funzione ventricolare.

Una delle classificazioni internazionali più diffuse è quella della New York Heart Association (NYHA), che suddivide lo stato di scompenso in base alla sintomatologia in 4 classi di gravità (tabella 1).

Un'altra classificazione ampiamente riconosciuta è la stadiazione dell'ACC/

Tabella 1

Classificazione NYHA (New York Heart Association)

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, con benessere a riposo
Classe III	Grave limitazione dell'attività fisica; i sintomi di dispnea e affaticamento insorgono per attività fisica di entità inferiore a quella abituale, con benessere a riposo
Classe IV	Incapacità a svolgere qualsiasi attività senza comparsa di sintomi; sintomi di scompenso anche a riposo

Tabella 2

Stadiazione dell'American College of Cardiology e American Heart Association

Stadio A	Pazienti a rischio di SC ma senza alterazioni strutturali cardiache
Stadio B	Pazienti con alterazioni strutturali cardiache ma senza sintomi di SC
Stadio C	Pazienti con alterazioni strutturali cardiache e sintomi di SC, che rispondono al trattamento terapeutico
Stadio D	Pazienti con SC grave che necessitano di particolari trattamenti intraospedalieri

AHA del 2001 secondo la quale i pazienti vengono classificati in quattro stadi (A, B, C, D) (tabella 2).

Purtroppo, lo stadio D rappresenta solo la punta dell'iceberg: a fronte di 50-200.000 pazienti con scompenso cardiaco grave ne esistono 50-60 milioni nello stadio A, cioè a rischio di SC pur in assenza di alterazioni cardiache strutturali.

■ Necessità del team multidisciplinare

L'approccio a una patologia cronica quale è lo scompenso cardiaco non può prescindere da un approccio multidisciplinare che dovrebbe essere idealmente composto da Mmg, infermiere, cardiologo, dietista, psicologo, terapista della riabilitazione. Il team, affiancato dalla medicina di comunità, agisce su piani di intervento basati sul percorso condiviso con tutte le componenti professionali coinvolte nella gestione della patologia, personalizzati in base al livello di rischio individuale, ma con obiettivi comuni.

➤ Obiettivi generali

Gli obiettivi variano ovviamente in rapporto alla situazione clinica del singolo individuo e includono:

- individuazione delle persone a rischio di scompenso cardiaco e attuazione degli interventi idonei a ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare sinistra;
- individuazione, diagnosi e terapia delle persone affette da SC asintomatico, al fine di ritardare la progressione della disfunzione ventricolare a scompenso conclamato;
- individuazione, diagnosi e terapia delle persone affette da SC sintomatico al fine di migliorare la qualità di vita, migliorare la soddisfazione per l'assistenza, promuovere l'autonomia gestionale, ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera, migliorare l'appropriatezza degli interventi e migliorare l'aderenza ai farmaci e alle misure relative allo stile di vita;
- utilizzo di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi tra la medicina generale e quella specialistica ospedaliera;

- monitoraggio degli indicatori di processo e di esito dell'intervento attraverso l'analisi dei dati epidemiologici contenuti nella documentazione e nel data base condiviso.

■ Obiettivi in base alla stadiazione dello SC

➤ Paziente con fattori di rischio (stadio A)

La prevenzione primaria e il controllo dei fattori di rischio sono compito del medico di medicina generale.

Il cardiologo riveste il ruolo di consulente (ambulatoriale) per i pazienti a maggiore rischio cardiovascolare, con rilevanti problematiche e situazioni cliniche complesse non controllate dagli interventi di primo livello. In questa fase è importante richiedere solo esami semplici, accessibili, ad elevato potere predittivo negativo.

Lo screening ecocardiografico è raccomandato esclusivamente per i pazienti ad alto rischio di sviluppare una cardiopatia strutturale in grado di evolvere a disfunzione ventricolare asintomatica. Pazienti ad alto rischio sono quelli con ipertensione arteriosa e/o diabete mellito, sindrome metabolica, insufficienza renale cronica, aterosclerosi polidistrettuale, assunzione prolungata di farmaci cardiotossici, familiarità per cardiomiopatia ischemica.

➤ Paziente con cardiopatia strutturale (stadio B)

Si tratta di soggetti affetti da cardiopatia nota ad alto rischio di evoluzione verso lo SC quali: ipertensione arteriosa con danno d'organo, diabete mellito complicato, insufficienza renale cronica severa, pregresso infarto miocardico, malattia valvolare emodinamicamente rilevante. Anche in questo caso il Mmg è il primo attore. Il cardiologo presta la sua collaborazione per la conferma strumentale della disfunzione ventricolare sinistra asintomatica, la ricerca eziologica, la stratificazione prognostica, l'intervento terapeutico.

Gli ambiti operativi sono le strutture

ambulatoriali o, in casi selezionati, degenziali. Ove presente, l'infermiere nell'ambulatorio del Mmg effettua le rilevazioni del peso, della circonferenza addominale, calcola il BMI, controlla le cartelle cliniche dei pazienti, ai fini dell'ottimizzazione della terapia e programma il richiamo dei pazienti.

Per un'ideale integrazione tra figure coinvolte, nel richiedere una consulenza è bene che il Mmg alleggi una lettera che contenga una breve storia del paziente con le sue comorbidità, le terapie in corso, gli accertamenti già svolti e che ponga allo specialista quesiti chiari.

Nello stesso tempo il cardiologo deve trasmettere al Mmg referti chiari e leggibili con una descrizione analitica dell'esame praticato, l'orientamento diagnostico e terapeutico e l'eventuale proposta di ulteriori accertamenti con relativa motivazione.

► **Paziente con cardiopatia strutturale e sintomi di scompenso (stadio C)**

Sono i pazienti oligo-asintomatici (classe NYHA I e II, stabile) o quelli dopo scompenso cardiaco acuto di nuova diagnosi o instabilizzato (classe NYHA III, in fase di stabilità).

Nel primo caso gli obiettivi principali sono l'ottimizzazione della terapia e la pianificazione del follow-up.

Il Mmg pianifica le cure in maniera multidisciplinare e può richiedere una consulenza specialistica per la definizione del livello di complessità/rischio del proprio assistito. Può richiedere la consulenza del dietista, con l'obiettivo di rinforzare l'aderenza alle modificazioni terapeutiche dello stile di vita e prevenire/trattare l'eventuale stato di malnutrizione per difetto o per eccesso.

Pianifica i controlli presso l'ambulatorio orientato secondo un piano assistenziale programmato.

Il cardiologo svolge un duplice ruolo:

- contribuisce all'inquadramento eziologico, alla stratificazione prognostica e alla impostazione terapeutica;

- interviene in caso di peggioramento clinico senza risposta alla terapia, comparsa di angina e/o ischemia, aritmie, o progressione della disfunzione ventricolare sinistra.

Nel paziente dopo recente scompenso acuto o instabilizzazione il ruolo del Mmg è lo stesso del paziente oligo-asintomatico, con l'aggiunta di una maggiore attenzione nella prevenzione e riconoscimento delle cause di instabilizzazione. Infatti, solo il 40% dei pazienti ricoverati è al primo episodio di scompenso cardiaco acuto ed è elevata la percentuale di re-ricoveri di pazienti a basso rischio (stimabili in oltre il 40% dei casi).

L'ospedalizzazione potenzialmente prevenibile attraverso una più attenta sorveglianza clinica rappresenta spesso l'esito di un fallimento (o di un'assenza) di percorsi assistenziali extraospedalieri.

Una gestione integrata extraospedaliera dello scompenso cardiaco cronico da parte dei vari attori del team multidisciplinare porterebbe a un miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita, a una corretta educazione del paziente (con conseguente adesione e capacità di autogestione della terapia), alla individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione, al controllo della progressione della malattia e, in buona sostanza, alla riduzione dei ricoveri.

È stato per esempio dimostrato che un ambulatorio cardiologico post-dimissione con personale medico-infermieristico "dedicato" allo scompenso permette da un lato la gestione di pazienti ad alto rischio e ad alto costo e dall'altro ottimizzazione della terapia, rinforzo dell'educazione all'autogestione, verifica dell'aderenza alla terapia e alle misure igienico-dietetiche, verifica dei progressi e del raggiungimento degli obiettivi.

Tuttavia, un limite del modello gestionale esclusivamente ambulatoriale è la difficoltà a gestire in modo ottimale pazienti con particolare profilo clinico: età avanzata, policomorbidità, deficit cognitivi, non autosufficienza. Pertanto, nei casi in

cui non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problematiche socio-assistenziali il paziente viene seguito in regime di ADI con supporto infermieristico, specialistico e, nei casi indicati, sociale.

► **Paziente con scompenso cardiaco avanzato (stadio D)**

La gestione del paziente con scompenso cardiaco avanzato (classe NYHA III-IV) è per lo più affidata a un'équipe medico-infermieristica dedicata a conduzione cardiologica. Il follow-up sarà condotto a livello di ambulatorio dedicato nelle fasi di stabilità, con la collaborazione del Mmg, o anche in regime di ricovero nelle fasi di instabilità, specie in previsione/preparazione per impianto di devices, interventi cardiocirurgici, trapianto cardiaco.

Il paziente fragile (classe NYHA avanzata, polipatologia, scarsa capacità funzionale, deterioramento cognitivo e problemi socio-ambientali, non autosufficiente, affetto da gravi patologie che necessitano di controlli ravvicinati, assenza di contesto familiare) può essere assistito solo in un sistema coordinato di continuità socio-assistenziale tra ospedale e territorio, rivolto all'attenuazione della sintomatologia e al miglioramento della qualità di vita.

Nei casi in cui il paziente non possa accedere all'ambulatorio dedicato viene seguito in regime di ADI con il supporto al Mmg referente del monitoraggio infermieristico.

Alla dimissione e per almeno due mesi in caso di instabilità clinica il Mmg può comunque attivare l'ADI prevedendo un piano di visite domiciliari sia sue sia infermieristiche, con l'obiettivo di diminuire i rischi di ulteriori ospedalizzazioni.

Inoltre, ove presente sul territorio, la riabilitazione cardiologica è fortemente indicata nei pazienti dopo episodio di scompenso acuto o con scompenso avanzato. Erogata in regime di degenza (2-4 settimane) oppure in regimi alternativi (day hospital), la riabilitazione cardiologica offre una concreta possibilità di significativi miglioramenti fun-

zionali, che portano alla stabilizzazione clinica e al rientro nella comunità attraverso l'accurata valutazione funzionale e prognostica, la strutturazione di programmi di training fisico controllato e non controllato, la valutazione della efficacia terapeutica e la verifica della stabilità clinica e il counselling per le attività domiciliari.

Un aspetto da non trascurare per una gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco è la lettera di dimissione ospedaliera, strumento cardine della continuità assistenziale. È un momento essenziale nel percorso del paziente, e deve contenere una serie di informazioni precise e dettagliate che vanno dalla diagnosi eziologica alla presenza di comorbidità, dagli esami e le terapie eseguite durante il ricovero alle indicazioni per la titolazione della terapia alla dimissione, dalle indicazioni per il follow-up al counselling per il paziente e i familiari.

■ Ruolo del paziente

La persona con scompenso cardiaco è l'elemento centrale di un sistema di gestione integrata e ha la responsabilità di una gestione consapevole della propria malattia. Gli strumenti di intervento del sistema consistono nel valorizzare e potenziare la sensibilizzazione del paziente e dei familiari alla patologia, all'educazione alimentare e sanitaria, all'ottimizzazione della terapia farmacologica, al riconoscimento e trattamento precoce dei sintomi di instabilizzazione e al supporto psicologico.

Non va dimenticato infatti che mentre nella breve fase ospedaliera dello SC l'attore principale è il medico, per il ben più lungo periodo domiciliare post-dimissione l'attore protagonista diventa il paziente, che deve diventare "alleato" della classe medica nella lotta contro la spesso inesorabile evoluzione della malattia.

BIBLIOGRAFIA

- Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 7th Edition, Elsevier 2005.
- Di Lenarda A. Consensus conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7: 387-432.
- Hunt SA, Abraham WT, Chin MH et al. 2009 focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation* 2009; 119: 391-479.
- Piano Sanitario Regionale Toscana 2008/2010. www.regione.toscana.it.
- Remme WJ, McMurray JJV, Rauch B et al. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. *Eur Heart J* 2005; 26: 2413-21.
- Task Force Members. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26: 1115-40.