

“Sperimentazione in nove Regioni di strumenti per  
l’implementazione di linee-guida nel SSN” – (T.Ri.P.S.S. II)

1999-2003

## RELAZIONE FINALE

Implementazione di raccomandazioni scientifiche per  
la gestione del paziente con scompenso cardiaco

### Provincia Autonoma di Trento



*Provincia Autonoma di Trento*  
*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari*



Pagina 2

### Regione Friuli Venezia Giulia

AZIENDA OSPEDALIERA

**"SANTA MARIA DEGLI ANGELI"**  
PORDENONE



Pagina 24

## Provincia Autonoma di Trento

### Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

#### RELAZIONE FINALE

A cura di Giovanni Guarrera e Mauro Mattarei

#### GRUPPO DI COORDINAMENTO

Giovanni Guarrera, Mauro Mattarei, Giuliano Mariotti, Paolo Iseppi, Guido Luigi Zanella  
Centro di Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria (Ce.V.E.A.S.) -  
Modena

#### OBIETTIVI PRINCIPALI DEL PROGETTO

In molti paesi sviluppati il duplice problema dell'aumento della prevalenza delle malattie croniche e della crescita esponenziale dei costi ha spinto le organizzazioni sanitarie a considerare approcci innovativi nel tentativo di contenere i costi e migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Tra questi, un numero crescente di segnalazioni propone un approccio più olistico ed integrato ai pazienti con malattie croniche: il cosiddetto **"disease management"** o **"gestione integrata"** o **"percorso assistenziale"** Ellrod et al hanno definito il "disease management" un approccio multidisciplinare al trattamento delle malattie croniche che coordina la gestione complessiva dell'intero percorso di una determinata patologia all'interno di tutto il sistema di erogazione dei servizi sanitari. Epstein ha definito il disease management un approccio sanitario basato sulla popolazione che identifica i pazienti a rischio, interviene con specifici programmi di trattamento e misura i risultati. Schematicamente il modello può essere suddiviso in tre parti:

1. una base di conoscenze che riguardano la struttura economica, i dati epidemiologici ed il contesto sociale di una malattia e linee guida nelle quali, per ogni singola parte del processo, sia previsto il tipo di trattamento da implementare, chi lo dovrà erogare ed in quale contesto dovrà essere effettuato;
2. un sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie che abolisca i tradizionali confini tra le varie specialità ed istituzioni;
3. un processo di miglioramento continuo che sviluppi ed affini la base di conoscenze, le linee guida ed il sistema di erogazione. In questo tipo di modello il paziente non viene considerato come un fruitore di prestazioni singole erogate da vari professionisti del sistema sanitario in una serie frammentata

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

di appuntamenti, ma come una entità unica per tutto il decorso clinico della sua malattia. Si tenta così di superare l'approccio frammentato e non coordinato delle prestazioni sanitarie erogate, la forte polarizzazione all'approccio delle condizioni acute, la mancata attenzione alla prevenzione ed i trattamenti non adeguati. Tale modello è orientato ai risultati. Descritto per la prima volta dal Boston Consulting Group nel 1993, ha avuto, negli anni successivi, grande popolarità in USA, GB ed in altri paesi. È stato applicato a varie patologie croniche quali l'asma, la depressione, il diabete, l'artrite reumatoide, lo scompenso cardiaco, l'insufficienza renale cronica, la gestione del dolore e l'ipertensione. In uno studio recente Weingarten SR e coll. hanno valutato l'efficacia di 118 programmi di disease management. Sono state identificate 6 principali **categorie di intervento: educazione, richiami ed incentivi finanziari** per il paziente, **aggiornamento, richiami e valutazione dei risultati** per l'operatore sanitario. L'aggiornamento, i richiami e la valutazione dei risultati per l'operatore hanno dimostrato di migliorare il controllo della malattia e l'aderenza dell'operatore alle linee guida. L'educazione, i richiami e gli incentivi economici al paziente hanno determinato un significativo miglioramento nel controllo della malattia.

Il disease management è particolarmente adatto a malattie con ampia base di conoscenze, che si prestano bene allo sviluppo di protocolli basati sulle evidenze e nelle quali è possibile misurare i risultati degli interventi introdotti. Altri elementi importanti, dal punto di vista gestionale, per adottare una strategia di questo tipo sono: l'elevata incidenza e prevalenza della malattia nel contesto locale, i costi elevati del suo trattamento, le esigenze di miglioramento delle linee guida, la necessità di integrare linee guida e sistemi tra territorio ed ospedale, la mancanza di certezze sulla migliore pratica da seguire e la necessità di migliorare la prognosi del paziente.

Lo scompenso cardiaco, una patologia estremamente frequente che si associa ad una mortalità e morbosità significativa ed a costi elevati di gestione, per la quale abbiamo a disposizione una notevole mole di conoscenze e di evidenze scientifiche, è una condizione che si presta bene ad una gestione integrata e comprensiva di tutti gli aspetti e le fasi della malattia. Vari trial randomizzati hanno valutato il disease management applicato a questa patologia ed hanno dimostrato un miglioramento dell'aderenza alle indicazioni date dalle linee guida, una riduzione dei ricoveri ospedalieri e dei costi rispetto ai gruppi di controllo ed un miglioramento della qualità di vita del paziente. Tra i vari modelli proposti quelli che hanno dimostrato di essere efficaci sono stati la gestione multidisciplinare della malattia, gli ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco, i programmi estesi sul territorio e la gestione telefonica dei casi. Schematicamente possono essere suddivisi in due tipi di modelli: uno che si basa sull'ambulatorio specialistico per lo scompenso

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

cardiaco, l'altro sulla gestione domiciliare, ma a tutt'oggi sono ancora rare le esperienze che vedono integrati in maniera programmata, per tutto il decorso della malattia, tutti gli attori coinvolti.

Gli studi condotti finora in Italia (SEOSI-EARISA-GISSI...), come molti altri presenti in letteratura, sono stati condotti presso strutture cardiologiche ospedaliere, alle quali preferibilmente afferiscono i pazienti più giovani, più complessi o più gravi, un sottogruppo quindi selezionato di malati con scompenso cardiaco. Va ricordato, peraltro, che nel nostro Paese (come negli altri Stati Occidentali) circa **l'80% dei pazienti con scompenso cardiaco non viene ricoverato in strutture cardiologiche**, bensì di Medicina Generale o di Geriatria.

E' quindi facile intuire come le linee guida attualmente disponibili siano state elaborate nel vissuto di esperienze selettive specialistiche (Linee Guida Cardiologiche) solo parzialmente trasferibili all'universo del malato con scompenso cardiaco.

Ancora del tutto embrionali (Gaschino G et al.) appaiono le esperienze nazionali di gestione multidisciplinare integrata del paziente con scompenso cardiaco, oggi difficilmente applicabili alla nostra realtà sanitaria anche per la mancanza di figure professionali, quali l'heart failure clinical nurses (infermieri specializzati nella gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco cronico) e visiting nurses (infermieri che seguono il malato a domicilio e garantiscono il coordinamento ospedale-territorio).

La mancanza di un'adeguata rappresentatività dei pazienti studiati, il ritardo nell'avvio di un processo di integrazione tra la componente ospedaliera e dei Medici di Medicina Generale, la scarsa comunicazione tra specialisti ospedalieri, la mancata definizione di un percorso diagnostico-terapeutico di continuità assistenziale, rendono conto dell'assoluta variabilità nell'approccio clinico al malato con scompenso cardiaco, dell'inappropriatezza di utilizzo dello strumento ospedale (ricoveri impropri) e del conseguente spreco di risorse economiche.

In questo lavoro vengono presentati i risultati di uno studio che si è proposto di valutare prospetticamente l'effetto di un modello di gestione integrata dello scompenso cardiaco in termini di aderenza alle linee guida, di numero di ricoveri e di soddisfazione per gli operatori coinvolgendo attivamente e per l'intero arco della malattia tutti gli attori interessati dal paziente e familiari, agli operatori sanitari del territorio e dell'ospedale fino ai responsabili della gestione dei servizi sanitari.

Alla fine del 1999 la Direzione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) del Trentino decideva di partecipare ad un progetto denominato TRiPSS II

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

(Trasferire i risultati della Ricerca nella Pratica dei Servizi Sanitari), una iniziativa del Programma di Ricerca Sanitaria Finalizzata finanziato dal Ministero della Sanità e coordinato dal CeVeAS di Modena. Questo progetto nasceva, in raccordo esplicito con il Programma Nazionale per le linee-guida, con l'obiettivo di sviluppare a livello di Aziende Sanitarie le competenze necessarie alla promozione ed alla implementazione di una assistenza sanitaria basata su prove di efficacia e di fornire la supervisione metodologica ed il coordinamento a progetti locali di implementazione di interventi sanitari di documentata efficacia. Tra gli interventi capaci di migliorare la qualità ed appropriatezza clinica della assistenza, armonizzando gli assetti organizzativo-gestionali con le priorità di natura epidemiologico-clinica, veniva deciso di sviluppare e sperimentare localmente un percorso assistenziale per lo scompenso cardiaco. Gli obiettivi specifici sono stati l'impiego corretto, validato e gerarchico, degli strumenti diagnostici, l'uso appropriato dei farmaci, il trattamento del paziente al corretto livello di assistenza attraverso l'istituzione di una rete di servizi (Ospedale – Ambulatorio Specialistico – Territorio), l'utilizzo appropriato dello "strumento" ospedale, evitando i ricoveri non necessari e quelli ripetuti, il miglioramento della compliance del malato e della sua qualità di vita attraverso corretti modelli di informazione sanitaria ed il miglioramento della qualità percepita in termini di sicurezza, accessibilità ai servizi, sburocratizzazione dei percorsi.

Il progetto si è inserito in un contesto programmatorio provinciale ed aziendale ben definito; la bozza di piano Sanitario Provinciale 2000-2002 prevede infatti, fra le patologie prioritarie da affrontare con specifiche iniziative, le malattie cardio e cerebrovascolari, che costituiscono la prima causa di morte nel Trentino e determinano il 25% circa delle giornate di degenza effettuate presso gli ospedali della Provincia. "Il trattamento di tale patologia deve essere caratterizzato dal costante adeguamento alle più innovative metodiche di carattere medico-scientifico, dal raccordo ed integrazione tra i livelli di assistenza e i vari momenti del percorso di cura ed assistenza, dalla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza in genere del rapporto utente-operatore sanitario. Obiettivo qualificante di tali strategie deve essere il miglioramento della qualità della vita dei pazienti affetti da queste patologie, anche attraverso la riduzione dei ricoveri ed aumento dei casi gestiti con forme alternative al ricovero, nella fase non acuta della malattia, perseguendo l'integrazione ospedale e territorio". La traduzione operativa di tale indicazione ha costituito un obiettivo aziendale nell'ambito del mandato "progettare ed implementare profili assistenziali ... per patologie prioritarie tra quelle definite dal piano sanitario provinciale con la puntuale indicazione della attività nella scheda di budget 2001-2002 delle Unità Operative coinvolte nel progetto.

## **Gestione del paziente con scompenso cardiaco**

I presupposti per un attivo coinvolgimento dei medici di medicina generale nello sviluppo del progetto sono stati oggetto di attenta considerazione da parte del Comitato Permanente Provinciale ex art.12 A.C.N. dei MMG nella definizione della proposta di Accordo Provinciale per i MMG.

Analogamente i presupposti per una più generale partecipazione degli specialisti ospedalieri ed extraospedalieri al progetto hanno trovato fondamento nella possibilità di avvalersi di un dipartimento funzionale provinciale cardiovascolare che aveva già prodotto una serie di valutazioni ed indicazioni operative sulle problematiche assistenziali di pertinenza.

Va inoltre considerato che negli anni 1999 e 2000, per iniziativa del dipartimento cardiovascolare e con il supporto dell'Ufficio Formazione e Sviluppo, presso l'Azienda è stata condotta una ricerca che, partendo da una indagine sul profilo del paziente affetto da scompenso cardiaco ricoverato negli ospedali provinciali, ha portato alla elaborazione di due strumenti informativi da proporre ai pazienti durante il ricovero e miranti a favorire l'autogestione della malattia ed il riconoscimento precoce da parte del paziente stesso dei segni e sintomi dell'iniziale situazione di scompenso.

Il progetto ha coinvolto il personale infermieristico delle Unità Operative di Cardiologia, Medicina Generale e Geriatria degli ospedali di Trento e Rovereto, considerato il ruolo che tali figure professionali rivestono nella conduzione di iniziative informative/educative ai pazienti nell'ambito del più generale processo assistenziale alla persona. La iniziativa ha consentito altresì di individuare, nell'ambito di ogni unità operativa, alcuni infermieri "di riferimento" per la gestione degli strumenti utilizzati nel progetto.

L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato l'esistenza di precisi ambiti di intervento, individuando una serie di elementi caratterizzanti il profilo socio-culturale del paziente e i contenuti informativi da trasmettere al paziente stesso, indispensabili per la definizione degli strumenti informativi successivamente elaborati.

Il gruppo di progetto per l'Azienda per i Servizi Sanitari del Trentino (APSS) ha deciso di avviare la sperimentazione ai Comprensori della Valle dell'Adige (Ospedale S. Chiara di Trento e Distretto Sanitario di Trento) e della Vallagarina (Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto e Distretto Sanitario di Rovereto) per una popolazione totale di circa 240.000 abitanti, rendendo di fatto operativi due sottogruppi di progetto costituiti rispettivamente da: personale medico ed infermieristico delle UO dell'Assistenza Territoriale, delle Direzioni Ospedaliere, della

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

Medicina generale, della Geriatria, della Cardiologia, del Pronto soccorso nonché da Medici di Medicina Generale individuati dall'Ordine.

Le fonti a cui si è fatto riferimento per derivare le informazioni che costituiscono la base per la formulazione delle raccomandazioni utili a migliorare l'efficienza e l'appropriatezza sono state:

- Diagnosis and treatment of heart failure due to left ventricular systolic dysfunction (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, February 1999)
- Guidelines for the diagnosis of heart failure (The Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology) (European Heart Journal 1995 16, 741-751)
- The Treatment of Heart Failure (The Task Force of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology) (European Heart Journal 1997 18, 736-753)
- Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco (ANMCO, SIC e ANCE).

Le principali raccomandazioni formulate sono state:

- I. Il sospetto di insufficienza cardiaca va posto in tutti i pazienti che ne presentino segni e sintomi suggestivi (dispnea, affaticabilità, edemi periferici, ortopnea e dispnea parossistica notturna) e evidenza clinico- anamnestica di patologia cardiaca (cardiopatía ischemica, ipertensione arteriosa, patologia valvolare, aritmie ecc.) Anamnesi ed esame obiettivo forniscono indicazioni di grande rilievo diagnostico. Elettrocardiogramma, Rx torace e indagini di laboratorio (emocromo, creatininemia ed azotemia, elettroliti, glicemia, funzionalità epatica, albuminemia, dosaggio TSH) sono indispensabili anche per escludere diagnosi alternative. Il metodo più semplice per quantificare la gravità dello scompenso cardiaco è l'uso della classificazione NYHA.
- II. Ecocardiografia  
Va eseguita in tutti i pazienti con fondato sospetto di Scompenso Cardiaco  
La richiesta deve essere sempre motivata e la refertazione deve sempre essere esplicita rispetto al sospetto diagnostico  
Non è indicata se eseguita di recente e nel monitoraggio del paziente in trattamento
- III. E' raccomandato l'uso della classificazione NYHA (New York Hear Association) per la graduazione della severità dei sintomi dello Scompenso Cardiaco.
- IV. L'impiego dei farmaci deve essere coerente con le indicazioni delle linee guida di riferimento utilizzate.

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

Gli esiti attesi possono essere sintetizzati nelle seguenti tipologie:

- I. acquisire una diagnosi etiologica in tutti i pazienti con scompenso cardiaco
- II. migliorare la prescrizione farmacologica
- III. garantire la continuità assistenziale al paziente
- IV. rivedere i ruoli dei professionisti aumentatando il livello di presa in carico "territoriale" del paziente
- V. ridurre l'ospedalizzazione dei pazienti
- VI. migliorare la compliance, le conoscenze e le competenze dei pazienti rispetto al piano assistenziale

### METODI

I **fattori favorenti** la realizzazione del progetto di implementazione delle principali raccomandazioni individuate per la diagnosi e il trattamento dello Scompenso Cardiaco a livello locale possono essere così riassunti:

- Contenute dimensioni geografiche e demografiche dei distretti di Trento e Rovereto
- Precedenti sperimentazioni di integrazione territorio – ospedale con l'istituzione di una comunicazione facilitata fra lo Specialista Ospedaliero ed il MMG;
- Il problema clinico affrontato risulta particolarmente sentito dai professionisti per la sua complessità e per la opportunità offerta di sperimentare un approccio condiviso con le diverse professionalità generalmente coinvolte nella gestione della patologia;
- Presenza di opinion leaders professionali locali nel gruppo di progetto;
- Il progetto è inserito nella programmazione provinciale 2001 (progettare ed implementare profili assistenziali....per patologie prioritarie tra quelle definite dal piano sanitario provinciale);
- È stato identificato con un processo di condivisione delle priorità di intervento, coerentemente con le indicazioni programmatiche provinciali ed aziendali;
- La politica aziendale per il miglioramento della qualità riconosce l'importanza delle linee -guida e dei percorsi assistenziali e ne favorisce lo sviluppo (Vedi Piano di Sviluppo Strategico Aziendale);
- Il progetto è sostenuto attraverso la specifica individuazione della attività connessa nelle schede di budget delle U.O. coinvolte;
- E' disponibile un gruppo di infermieri "ospedalieri" formati sullo scompenso cardiaco;

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

- Sono disponibili strumenti informativi per i pazienti elaborati dal personale dell'azienda;
- La partecipazione incentivata a progetti sviluppati in comune tra Azienda e MMG è stata inserita nella bozza di accordo decentrato dei MMG in applicazione dell'ACN;
- Attualmente esistono linee-guida sviluppate a livello nazionale ed internazionale sulla diagnosi ed il trattamento dello scompenso cardiaco che hanno raggiunto un adeguato livello di consenso nella formulazione delle raccomandazioni principali.

Sono stati considerati **fattori di ostacolo** locale all'implementazione:

- Il ritardo culturale e resistenze individuali nei processi di comunicazione – integrazione intra ed interaziendali;
- La ancora modesta conoscenza della realtà territoriale e della sua articolazione (Distretto, Dipartimento di Prevenzione, Medici di Medicina Generale) da parte dello Specialista ospedaliero ed extraospedaliero;
- La frammentarietà e discontinuità delle precedenti sperimentazioni di integrazioni e Territorio – Ospedale;
- La mancanza di una rete provinciale in grado di intercettare tutti i pazienti con scompenso cardiaco;
- La disomogeneità di acquisizione dei dati clinici dei pazienti con Scompenso Cardiaco a livello ospedaliero e territoriale;
- Lo scarso utilizzo di strumenti informatici e telematici (posta elettronica, teleconsulto, ecc...), nonostante precedenti esperienze nell'ambito della telecardiologia;
- La preoccupazione delle rilevanti ricadute organizzative sulle strutture e i professionisti coinvolti che la implementazione delle linee-guida comporta.

La strategia di implementazione del progetto si è basata principalmente sia sulla informazione e diffusione del Progetto che sullo sviluppo di specifici supporti organizzativi e gestionali.

### Informazione e diffusione

Le principali attività previste in questo campo sono state:

- Illustrare ai Medici di Medicina Generale dei Distretti coinvolti, coordinati dal Responsabile del Distretto, gli obiettivi, i risultati attesi e le ricadute positive del Progetto TRIPSS II
- Informare i Dirigenti Medici ed il Personale Infermieristico di tutte le U.O. di Medicina, Cardiologia, Pronto Soccorso, Geriatria, Assistenza Territoriale e dipartimento Cardiovascolare del Progetto TRIPSS II

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

- Definire un calendario di incontri tra professionisti Ospedalieri (Cardiologi , Internisti ed infermieri) e professionisti del territorio (Medici di Medicina Generale, infermieri e medici del distretto) su:
  - a) le problematiche della gestione integrata del paziente con Scompenso Cardiaco (percorso assistenziale integrato)
  - b) le Linee-guida, Europee e Nazionali, in precedenza selezionate;
- Programmare una iniziativa di formazione specifica sul tema articolata in una parte seminariale sugli aspetti epidemiologici, clinici e farmacoterapeutici dello scompenso , ed una parte di laboratorio didattico per la costruzione di strumenti informativi per la continuità delle cure e la individuazione degli ambiti organizzativi di ogni figura professionale nella gestione del paziente;
- Illustrare ai Medici di Medicina Generale e agli Specialisti Ospedalieri la eventuale scheda rilevazione dati che accompagnerà i pazienti per la registrazione di tutti gli interventi sanitari (ricovero, visita ambulatoriale specialistica e non, diagnostica e terapia);
- Realizzare incontri trimestrali di audit and feedback del gruppo di progetto allargato e del gruppo interaziendale;
- Informare i pazienti sull' evoluzione del progetto in corso.

### Implicazioni organizzative

Sono state previste le seguenti attività:

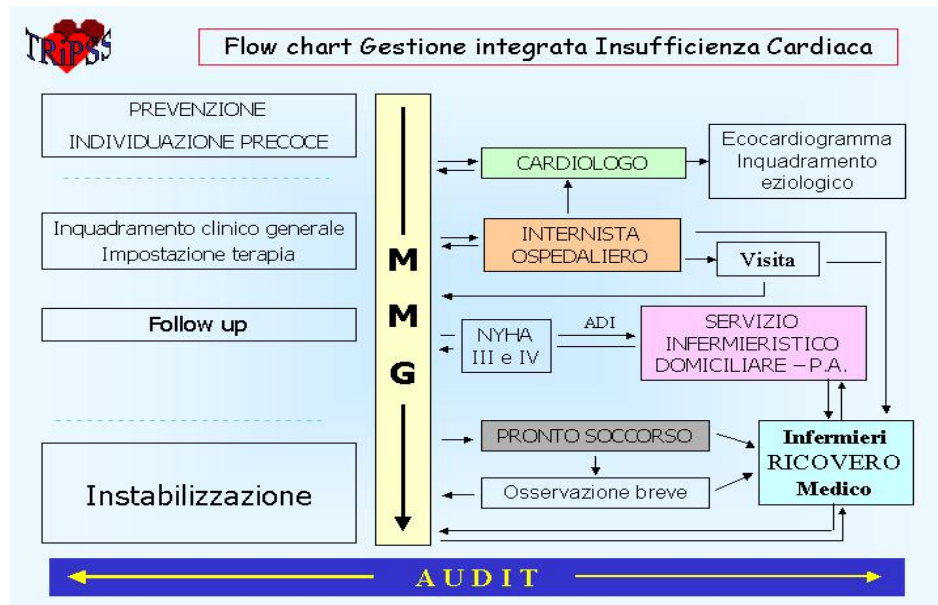
- Nel periodo settembre-novembre 2001, da parte del gruppo di progetto allargato con il dipartimento cardiovascolare, stesura della bozza di percorso assistenziale evidenziando i seguenti elementi essenziali:
  1. Modalità di accesso alla diagnostica (richiesta e referto);
  2. Modalità di accesso al ricovero;
  3. Modalità per la definizione della terapia farmacologica ;
  4. Modalità di monitoraggio del paziente post dimissione ospedaliera;
  5. Funzioni del MMG;
  6. Funzioni dell'infermiere di distretto;
  7. Funzioni del medico specialista intra ed extraospedaliero;
  8. Funzioni dell'infermiere del reparto di degenza;
  9. Sistemi/meccanismi di comunicazione ospedale-territorio;
  10. Sistemi di rilevazione dati.
- Nel periodo 1-15 dicembre 2001 (da parte della Direzione Cura) seminario formativo di presentazione del progetto e della bozza elaborata dal gruppo allargato; successivamente stesura definitiva del percorso e alla sua divulgazione agli interessati in modalità cartacea e attraverso l'inserimento in un apposito "capitolo" del sito internet aziendale.

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

- Nei primi mesi del 2002 applicazione sperimentale del percorso su base volontaria da parte dei medici di medicina generale dei distretti di Trento e Rovereto (FASE PILOTA) per passare quindi, alla applicazione sistematica del percorso.
- Valutazione dell'impatto delle raccomandazioni sui pazienti dei Distretti di Trento e Rovereto alla conclusione della fase sperimentale.

La sperimentazione ha preso avvio all'inizio del 2001 presso il distretto di Rovereto ed ha visto una prima fase di progettazione ed una successiva fase, durata un anno, di sperimentazione del percorso individuato. Nella prima fase è stato costituito un gruppo di lavoro formato da rappresentanti di tutte le figure professionali coinvolte nella gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco: MMG, personale infermieristico del territorio, medici ed infermieri di alcune UUOO dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto (Cardiologia, Pronto Soccorso, Medicina Interna, Geriatria e Laboratorio), responsabili della Direzione Generale e della Direzione dell'Ospedale. Questo gruppo di lavoro, dopo aver rivisto e condiviso le principali evidenze e linee guida internazionali sullo scompenso cardiaco, i metodi e gli obiettivi del progetto ha elaborato, tenendo conto delle risorse, dei vincoli e delle opportunità offerte dalla realtà locale, un percorso assistenziale comprensivo per il paziente affetto da scompenso cardiaco da disfunzione sistolica (Figura 1). Ha messo a punto anche alcuni strumenti, tra cui una cartella clinica per la gestione integrata del paziente, schede per la comunicazione tra i diversi operatori, un programma computerizzato per la raccolta dei dati ed ha concordato un sistema facilitato per l'accesso dei pazienti ai servizi specialistici.

Un ruolo centrale è stato attribuito al MMG come punto di riferimento dell'intero percorso e come diretto responsabile della prevenzione, individuazione dei nuovi casi, inquadramento diagnostico, formulazione della terapia e sorveglianza delle instabilizzazioni. Il MMG viene attivamente supportato dalle altre figure professionali. Il sospetto diagnostico di scompenso cardiaco viene confermato grazie all'intervento del cardiologo che esegue, su richiesta motivata del curante ed entro 10 giorni un ecocardiogramma. Vengono ammessi al percorso solamente i pazienti con sospetto clinico di scompenso cardiaco, nei quali l'ecocardiogramma documenta la presenza di una disfunzione sistolica: frazione di eiezione (FE) < 50%. In occasione dell'esecuzione dell'ecocardiogramma, qualora lo ritenga opportuno, il cardiologo pianifica gli accertamenti per la definizione eziologica della patologia. pianifica gli accertamenti per la definizione eziologica della patologia.



**Figura 1** Percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale dei pazienti affetti da scompenso cardiaco da disfunzione ventricolare sinistra sistolica.

Il MMG procede quindi, secondo uno schema standardizzato, al completamento della diagnosi ed alla implementazione progressiva della terapia. Durante tutto l'iter di definizione diagnostica, di impostazione della terapia e nel successivo follow-up il MMG può usufruire, utilizzando un percorso facilitato, della consulenza ambulatoriale dei medici delle UUOO Ospedaliere. Nei pazienti con classi funzionali più avanzate (III e IV classe NYHA), il MMG viene supportato dagli infermieri del territorio che, in maniera programmata, periodicamente accedono al domicilio del paziente per una più stretta sorveglianza delle condizioni cliniche, della compliance e per una precoce individuazione della perdita di stabilità della malattia. In caso di instabilizzazione, verificata l'impossibilità di una gestione ambulatoriale attraverso l'opportuno trattamento dei fattori scatenanti, il MMG decide di ricoverare direttamente il paziente o di inviarlo al Pronto Soccorso ove, qualora possibile, vengono trattate le cause di instabilizzazione con successivo rientro a domicilio, altrimenti il paziente viene ricoverato. La dimissione dall'ospedale avviene solamente quando le condizioni cliniche del paziente sono stabili e dopo che è stato formulato e concordato con il MMG ed eventualmente con il team infermieristico territoriale il piano terapeutico e di follow-up.

In tutte le fasi, da parte di tutti gli operatori, ma in modo particolare dal MMG, dagli infermieri del territorio e dagli infermieri dell'ospedale vengono effettuati ripetuti interventi di educazione sul paziente, sui familiari o su coloro che assistono il paziente a domicilio con particolare attenzione alla corretta assunzione della

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

terapia, alla dieta, attività fisica, emozioni, controllo del peso corporeo ed autoriconoscimento della sintomatologia di esacerbazione.

Costituisce parte integrante del percorso assistenziale un sistema continuo di audit con duplice funzione: facilitare l'aderenza alle linee guida ed al percorso assistenziale progettato attraverso la raccolta sistematica dei dati clinici dei pazienti e l'invio ai MMG di richiami e, in secondo luogo, raccogliere i problemi emersi nella applicazione pratica del percorso assistenziale ed assicurare l'aggiornamento professionale.

Sono stati scelti i seguenti indicatori per verificare il grado di aderenza alle linee guida:

- Ecocardiogramma con determinazione della frazione di eiezione;
- definizione eziologica della malattia;
- formazione del paziente e/o familiari;
- vaccinazione antinfluenzale;
- uso di Inibitori dell'Enzima di Conversione dell'Angiotensina (ACE-I)/Antagonisti Recettoriali dell'Angiotensina II (ARB);
- uso di  $\beta$ -bloccanti;
- ricoveri globali per scompenso cardiaco;
- ricoveri ripetuti per scompenso cardiaco;

Il percorso così individuato è stato presentato a tutti i MMG ed agli infermieri del distretto, ai medici ed infermieri delle UUOO interessate ed a tutti è stato proposto di partecipare ad una sperimentazione per valutare l'efficacia locale di questo programma. Hanno aderito 25 MMG, gli infermieri del servizio territoriale, le UUOO di Cardiologia, Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso e Laboratorio, la Direzione aziendale, la Direzione dell'Ospedale e del Distretto territoriale.

Nei 10 mesi prima dell'inizio della sperimentazione sono stati raccolti i dati relativi agli indicatori sopra elencati di tutti i pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco seguiti dai MMG che avevano aderito alla sperimentazione. Quest'ultima ha avuto inizio il 01-07-2002 e si è conclusa il 30-06-2003. Al termine i dati dei pazienti arruolati nello studio sono stati confrontati con quelli rilevati nei dieci mesi precedenti l'inizio della sperimentazione. Tutti i ricoveri con DRG 127 alla dimissione, globalmente considerati e suddivisi in primi ricoveri e ricoveri ripetuti, avvenuti presso l'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto nei 10 mesi precedenti la sperimentazione e nei 10 mesi dopo il suo inizio sono stati selezionati, suddivisi per pazienti dei MMG che hanno partecipato e pazienti dei MMG che non hanno partecipato allo studio. Al termine è stato somministrato un questionario ai MMG che hanno partecipato allo studio per valutare il loro gradimento.

### RISULTATI

Nei 10 mesi che hanno preceduto l'inizio della sperimentazione sono stati raccolti i dati di 122 pazienti seguiti per scompenso cardiaco dai 25 MMG che hanno partecipato allo studio, 4.9 pazienti per medico (Tabella1). Il 62% di questi era di sesso maschile, l'età media era  $76.05 \pm 10.28$  anni ed il tempo intercorso tra la data della formulazione della diagnosi e quello di rilevazione era in media di  $3.75 \pm 4.0$  anni. Il 38.5% dei pazienti era in classe funzionale III e IV NYHA e la frazione di eiezione media, nel 33.6% dei pazienti in cui questa era stata determinata, era di  $35.36 \pm 10.03$  % .

Al termine dell'anno di sperimentazione i pazienti arruolati erano 131 con una media di 5.2 pazienti per MMG partecipante. Rispetto al gruppo di controllo non vi erano differenze statisticamente significative tra sesso, età, tempo intercorso dalla diagnosi, classe NYHA e FE (vedi tabella 1)

**Tabella 1:** Dati demografici dei pazienti con scompenso cardiaco seguiti da 25 MMG prima (122 pazienti) e dopo (131 pazienti) l'inizio della sperimentazione.

Variabili	Pre-arruolamento	Post-arruolamento	P
Numero pazienti	122	131	
Sesso maschile %	62	53	ns
Età (anni)	$76.05 \pm 10.28$	$74.04 \pm 11.43$	ns
Tempo dalla diagnosi (anni)	$3.75 \pm 4.0$	$4.01 \pm 5.65$	ns
N.pazienti per medico	4.9	5.2	ns
III – IV classe NYHA %	38.50	36.64	ns
FE %	$35.36 \pm 10.03$	$33.14 \pm 9.03$	ns

**Tabella 2:** Percentuale di pazienti seguiti da 25 MMG che hanno soddisfatto le raccomandazioni delle linee guida prima (122 pazienti) e dopo (131 pazienti) l'inizio della sperimentazione.

Variabili	Pre-arruolamento	Post-arruolamento	P
Ecocardiogramma eseguito %	76.0	100	< 0.001
FE nota %	33.6	100	< 0.001
Eziologia nota/presunta %	72.0	99	< 0.001
Educazione %	56.6	91.6	< 0.001
Educazione da infermiere%	0	29	< 0.001
Vaccinazione antinfluenzale%	50.8	82.4	<0.001
Terapia con ACE-I o ARB %	75.8	89.3	<0.005
Dosaggio ACE-I/ARB raccomandato %	43.0	63.4	<0.005
Terapia con $\beta$ -bloccante %	18.9	42.0	< 0.001
Dosaggio $\beta$ -bloccante raccomandato %	3.3	11.5	< 0.05
Spironolattone in classe III-IV NYHA%	50.0	54.2	ns
Spironolattone in classe I e II NYHA %	34.3	33.7	ns
Dose media furosemide (mg/die)	$75,70 \pm 86.98$	$77.19 \pm 77.02$	ns

La tabella 2 mostra i risultati ottenuti sugli indicatori presi in considerazione per valutare la qualità della prestazione erogata e l'aderenza alle linee guida condivise.

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

Esecuzione dell'ecocardiogramma e definizione eziologica riguardano il processo diagnostico, l'educazione si riferisce agli interventi formativi nei confronti del paziente e/o dei familiari, la vaccinazione antinfluenzale è utilizzato come indicatore dell'attuazione delle norme non farmacologiche, infine uso di ACE-I o di ARB e di  $\beta$ -bloccanti come indicatori della corretta terapia farmacologica.

L'ecocardiogramma (Figura 2) è stato effettuato in 94 (76%) e la frazione di eiezione era nota in 41 (34%) dei 122 pazienti selezionati prima dell'inizio della sperimentazione mentre l'ecocardiogramma è stato effettuato in tutti i 131 pazienti arruolati nella fase sperimentale ( $p < 0.001$ ) e nel 100% dei casi è stata ottenuta la FE ( $p < 0.001$ ).

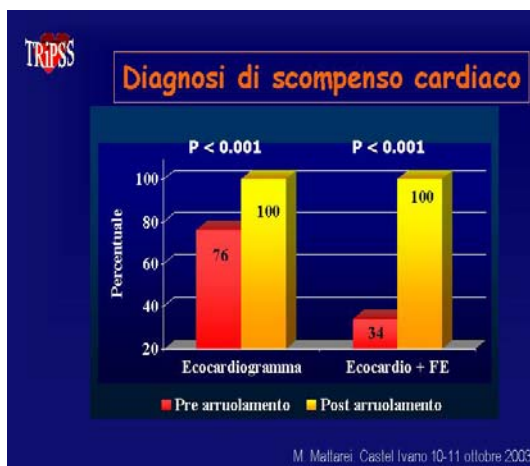


Figura 2. A sinistra è riportata la percentuale di pazienti sottoposti ad ecocardiogramma prima (barra rossa) e dopo l'inizio della sperimentazione (barra gialla).

A destra percentuale di pazienti in cui era nota la frazione di eiezione (FE%) prima (barre rosse) e dopo (barre gialle) l'inizio della sperimentazione

Tra i 122 pazienti reclutati prima della sperimentazione, 88 (72%) aveva una diagnosi eziologica nota o presunta mentre in 34 pazienti, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della documentazione clinica non si era in grado di risalire ad una causa certa o presunta dello scompenso cardiaco. Nel gruppo di controllo invece 130 dei 131 pazienti seguiti, dopo valutazione del MMG con l'eventuale completamento diagnostico effettuato dallo specialista ospedaliero, erano stati adeguatamente inquadrati dal punto di vista eziologico ( $p < 0.001$ ) (Figura 3). Nella figura vengono riportate anche le percentuali delle principali cause alla base dello scompenso cardiaco dei pazienti arruolati.

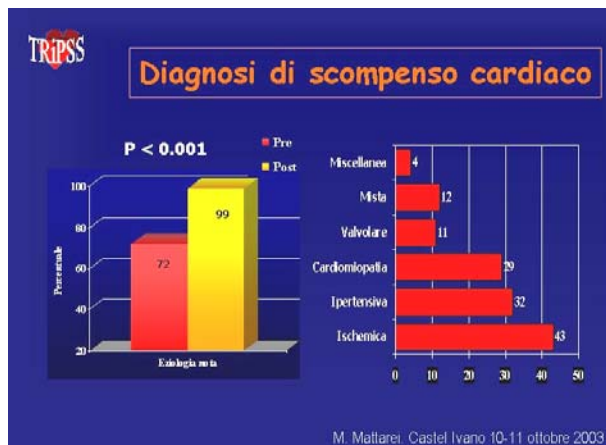


Figura 3.

A sinistra è riportata la percentuale di pazienti affetti da scompenso cardiaco con eziologia nota o presunta rispettivamente prima (barre rosse) e dopo l'inizio della sperimentazione (barre gialle).

A destra sono riportate le frequenze delle varie cause di scompenso tra i pazienti arruolati dopo l'inizio della sperimentazione.

Gli interventi educativi sul paziente, sui familiari e/o sul personale di assistenza a domicilio (vedi Figura 4) sono stati effettuati in 69 dei 122 pazienti prima della sperimentazione e in 120 dei 131 pazienti arruolati durante il periodo della sperimentazione, passando dal 56.6% al 91.6% dei pazienti ( $p < 0.001$ ). In particolare è aumentata significativamente la percentuale di pazienti che hanno ricevuto educazione da parte del medico di medicina generale (da 31 a 57%) e da parte degli infermieri (da 0 a 23%).

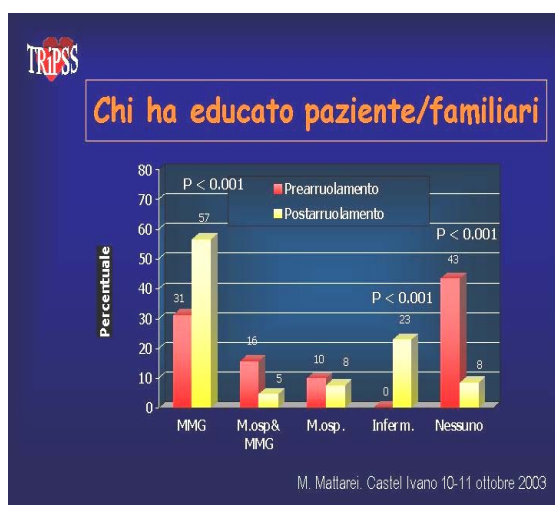


Figura 4. Percentuale di pazienti, suddivisi per gli operatori che hanno effettuato l'intervento educativo, a cui sono state fornite informazioni e consigli sullo scompenso cardiaco prima dell'inizio della sperimentazione (barre rosse) e durante il periodo della sperimentazione stessa (barre gialle)

Sessantadue dei 122 pazienti selezionati hanno ricevuto vaccinazione antinfluenzale nella stagione invernale prima della sperimentazione mentre durante la sperimentazione la vaccinazione è stata somministrata a 108 dei 131 pazienti passando così dal 50.8 al 82.4% ( $p < 0.001$ ).

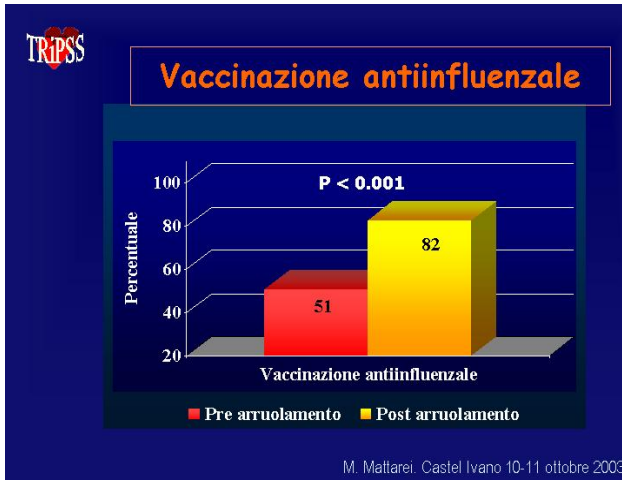


Figura 5.

Percentuale di pazienti, che hanno ricevuto vaccinazione antinfluenzale nella stagione invernale prima dell'inizio della sperimentazione (barre rosse) e nella stagione invernale durante la sperimentazione stessa (barre gialle).

L'uso degli inibitori dell'enzima di conversione dell'Angiotensina (ACE-I) o degli Antagonisti del Recettore dell'Angiotensina II (ARB), in caso di intolleranza agli ACE-I (**Figura 6**), era già elevato nei pazienti esaminati prima dell'inizio della sperimentazione dove 91 pazienti su 122 assumevano questo tipo di farmaco. Durante la sperimentazione 117 dei 131 pazienti arruolati assumevano questo tipo di farmaco con un aumento della percentuale dal 75 al 89.3% ( $p < 0.001$ ). Significativo è stato anche l'incremento (da 43.0 a 63.4% -  $p < 0.005$ ) dei pazienti che assumevano un dosaggio di questi farmaci in linea con quanto consigliato dalle linee guida.

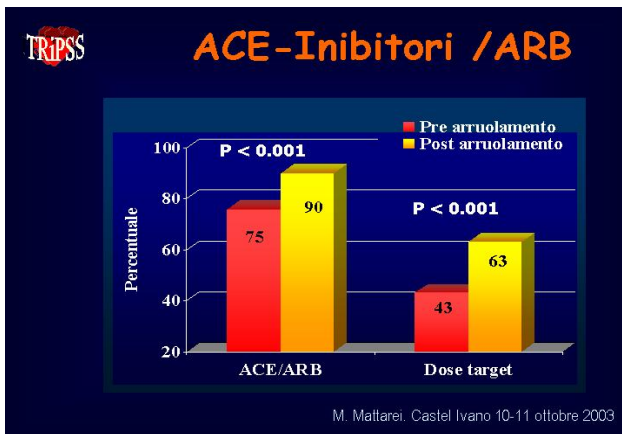


Figura 6.

A sinistra percentuale di pazienti in terapia con ACE-Inibitori o ARB prima dell'inizio della sperimentazione (barre rosse) e durante la sperimentazione stessa (barre gialle).

A destra percentuale di pazienti che assumevano il dosaggio di questi farmaci consigliato dalle linee guida.

Anche per quanto riguarda l'uso dei  $\beta$ -bloccanti (**Figura 7**) vi è stato un incremento significativo sia della percentuale di pazienti in terapia con questi farmaci, che dal 18.9% è passata al 42.0% ( $p < 0.001$ ), sia della percentuale di coloro che assumevano il dosaggio consigliato dalle linee guida che è passata dal 3.3% all'11.5% ( $p < 0.05$ ).

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

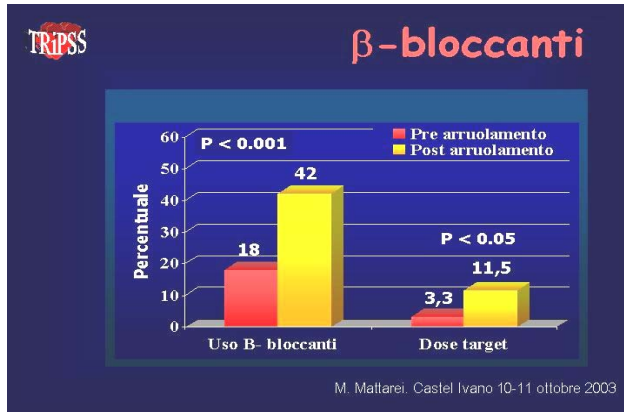


Figura 7.

A sinistra percentuale di pazienti in terapia con β-bloccanti prima dell'inizio della sperimentazione (barre rosse) e durante la sperimentazione stessa (barre gialle).

A destra percentuale di pazienti che assumevano il dosaggio di questi farmaci consigliato dalle linee guida.

Nella **Tabella 3** vengono riportati i dati relativi ai ricoveri con DRG 127 alla dimissione, avvenuti rispettivamente nei 10 mesi che hanno preceduto l'inizio della sperimentazione e nei 10 mesi durante la sperimentazione stessa. I ricoveri sono stati suddivisi tra ricoveri totali, primi ricoveri e ricoveri ripetuti. I pazienti a loro volta sono stati suddivisi in pazienti seguiti dai MMG che hanno partecipato alla sperimentazione e in pazienti trattati secondo le modalità usuali, seguiti dai MMG che non partecipavano alla sperimentazione.

**Tabella 3.** Numero ricoveri, suddivisi per primo ricovero e ricoveri ripetuti in pazienti seguiti da 25 MMG prima e dopo l'inizio della sperimentazione e in pazienti seguiti da MMG che non avevano partecipato alla sperimentazione.

	Voce	Pre arruolamento	Post arruolamento	P value
Ricoveri totali	Totale	262	242	< 0.05
	Pazienti di MMG sperimentazione	119	89	
	Pazienti gruppo di controllo	143	153	
Primi ricoveri	Totale	235	219	
	Pazienti di MMG sperimentazione	102	79	
	Pazienti gruppo di controllo	133	140	
Ricoveri ripetuti	Totale	27	23	
	Pazienti di MMG sperimentazione	17	10	
	Pazienti gruppo di controllo	10	13	
Degenza media	Totale	14.29 ± 10.79	15.14 ± 10.89	
	Pazienti di MMG sperimentazione	14.11 ± 9.33	15.51 ± 10.87	
	Pazienti gruppo di controllo	14.45 ± 11.90	14.92 ± 10.92	
Giorni degenza	Totale	3745	3664	< 0.001
	Pazienti di MMG sperimentazione	1679	1380	
	Pazienti gruppo di controllo	2066	2284	

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

Nei due periodi presi in considerazione si è osservata globalmente una riduzione del 7,63% del numero di ricoveri per scompenso cardiaco che sono passati da 262 a 242. (Figura 8). Tuttavia mentre nel periodo della sperimentazione vi è stata una riduzione del 25,1% dei ricoveri per i pazienti dei MMG che avevano aderito alla sperimentazione (da 119 a 89), tra i pazienti dei medici che non avevano aderito allo studio si è osservato un incremento del 6,57% nel numero dei ricoveri rispetto al periodo che ha preceduto la sperimentazione (da 143 a 153). La differenza tra i due gruppi è risultata statisticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Questo andamento è stato osservato sia per i primi ricoveri (- 22.5 % nel gruppo di sperimentazione vs + 5% nel gruppo di controllo) sia per i ricoveri ripetuti (- 41.2 % del gruppo di sperimentazione vs + 30% del gruppo di controllo). Nel caso dei ricoveri ripetuti (figura 9), verosimilmente a causa del basso numero di casi, la differenza non ha raggiunto significatività statistica.

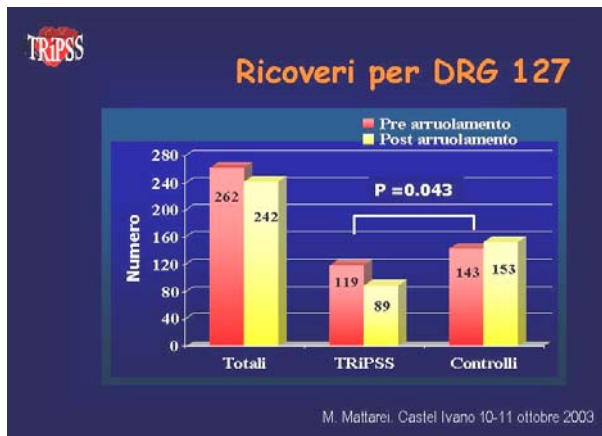


Figura 8.

Numero di ricoveri totali, di pazienti seguiti dai MMG che hanno partecipato alla sperimentazione e di pazienti seguiti da altri medici, prima dell'inizio (barre rosse) e durante la sperimentazione stessa.

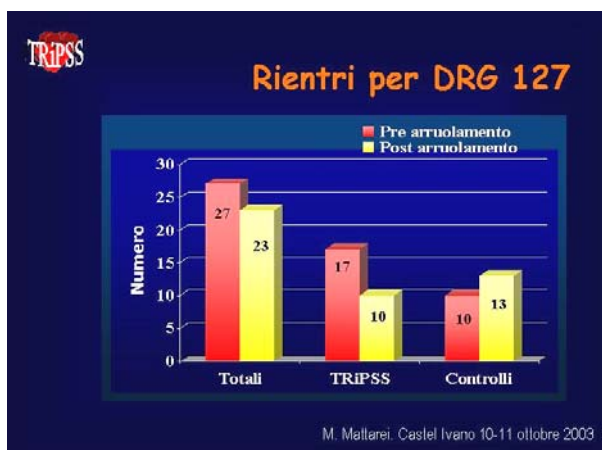


Figura 9.

Numero di ricoveri ripetuti di tutti i pazienti, dei pazienti seguiti dai MMG che hanno partecipato alla sperimentazione e dei pazienti seguiti da altri medici, prima dell'inizio (barre rosse) e durante la sperimentazione stessa.

La degenza media per ricovero (Figura 10) ha mostrato globalmente un incremento di 0.89 giorni passando da  $14.29 \pm 10.79$  a  $15.14 \pm 10.89$  con un maggior aumento per i pazienti della sperimentazione (+ 1. 4 giorni: da  $14.11 \pm 9.33$  a  $15.51 \pm$

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

10.87) rispetto ai pazienti del gruppo di controllo (+ 0.47 giorni da  $14.11 \pm 9.33$  a  $15.51 \pm 10.87$ ). Il numero complessivo delle giornate di degenza nel gruppo di sperimentazione si è comunque ridotto in maniera significativa nonostante l'aumento della degenza media per il singolo ricovero.

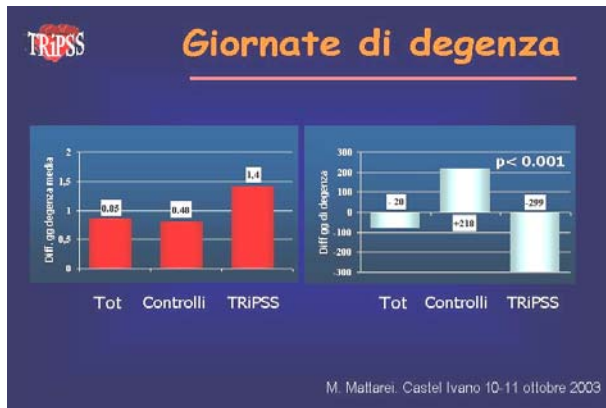


Figura 10.

Differenze di giorni di degenza media (a sinistra) e di giornate totali di degenza (a destra) prima e dopo l'inizio della sperimentazione, nei pazienti dimessi con DRG 127 rispettivamente per l'intero gruppo, per quelli seguiti dai MMG che partecipavano alla sperimentazione e per quelli seguiti dagli altri medici.

Nonostante il tempo impiegato per gli incontri di preparazione e quelli di aggiornamento, la sperimentazione è stata ben accettata da tutti i MMG che hanno partecipato (Figura 11). In particolare dall'analisi del questionario somministrato al termine dello studio è emerso che tutti i medici partecipanti hanno considerato questa modalità di approccio al problema dello scompenso cardiaco utile per il paziente, per gli operatori ed in gran parte anche per altre figure come ad es. i familiari. Tutti hanno concordato sull'opportunità di proseguire questo approccio.

I limiti più frequentemente rilevati sono stati la mancanza di uno strumento efficiente per la condivisione in linea dei dati clinici e le difficoltà nelle comunicazioni tra i vari operatori. Pur constatando una maggiore partecipazione professionalmente indipendente ed attiva degli infermieri si è sottolineata la necessità di un loro maggiore coinvolgimento.

Tra le proposte scaturite dal questionario vi è stata la richiesta di un maggior numero di incontri formativi, con riconoscimento degli stessi ai fini ECM e la necessità di rivedere e semplificare gli strumenti di gestione integrata dei dati. Molti medici hanno auspicato l'implementazione di un mezzo telematico più efficiente per la condivisione dei dati clinici ed assistenziali.

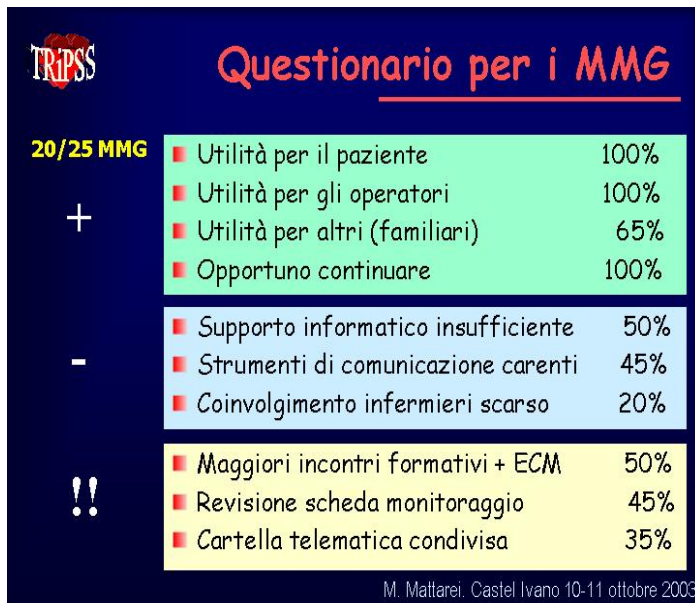


Figura 11. Risultati del questionario di gradimento somministrato ai MMG al termine della sperimentazione

## DISCUSSIONE

Il modello di gestione integrata dei pazienti con scompenso cardiaco adottato in questo studio propone un processo assistenziale continuo che comprende la prevenzione, l'individuazione precoce, la formulazione della diagnosi e l'impostazione del trattamento secondo le raccomandazioni date dalle linee guida. Esso valorizza l'intervento educativo e le raccomandazioni al paziente e considera la condizione sempre attiva, anche quando il paziente è clinicamente stabile, in modo da prevenire la progressione e le instabilizzazioni della malattia stessa. Inoltre, nella convinzione che oggi migliorare i risultati dipende sempre più da un miglioramento della comunicazione fra gli operatori sanitari, dalla formazione e dal coinvolgimento dei pazienti e di chi gli assiste, questo modello ha voluto coinvolgere attivamente attorno al paziente, secondo un percorso assistenziale condiviso, tutti gli attori principali distribuendo compiti e responsabilità e cercando di creare una rete di comunicazione e collaborazione (figura 12).

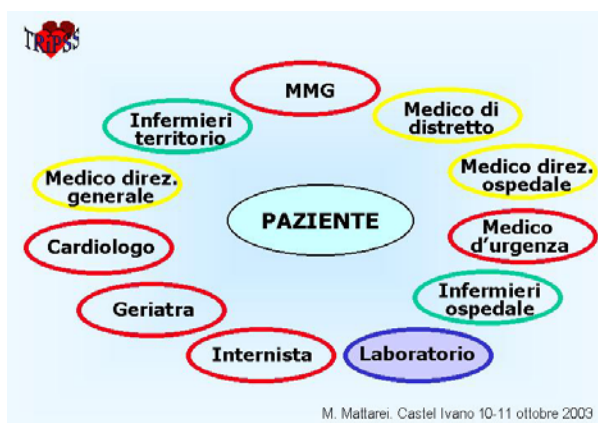


Figura 12: team multidisciplinare rappresentato dai vari attori coinvolti nel percorso assistenziale del paziente affetto da scompenso cardiaco

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

Diversamente da quanto evidenziato da altri nel nostro studio l'attribuzione al MMG del ruolo di referente si è associato ad una riduzione significativa dei ricoveri. Verosimilmente questo risultato è stato ottenuto assicurando al MMG il supporto preordinato e facilitato da parte delle UUOO dell'Ospedale e del servizio infermieristico territoriale. Agli infermieri è stato riconosciuto specifico ruolo nell'educazione del paziente e dei familiari, nel monitoraggio dei parametri clinici e dell'assunzione dei farmaci e nella formulazione del piano assistenziale alla dimissione dall'ospedale e sul territorio. In ambito ospedaliero, oltre alla assegnazione di ruoli e responsabilità specifiche tra le varie UUOO, è stata messa a punto un'attività continua di audit che, attraverso la raccolta dei dati clinici dei pazienti, l'invio di richiami ai MMG, e periodici incontri di revisione-formazione tra tutti gli operatori ha facilitato l'aderenza alle linee guida condivise ed al percorso assistenziale progettato. Un impostazione organizzativa simile alla nostra è stata proposta recentemente dalle linee guida sullo scompenso cardiaco pubblicate dal National Institute for Clinical Excellence (NICE) del National Health Service. Il documento raccomanda l'implementazione di un audit sull'intero percorso assistenziale e propone in maniera dettagliata molti degli indicatori che sono stati utilizzati anche nel nostro studio.

In questo lavoro abbiamo voluto determinare se il nostro modello di percorso assistenziale integrato tra tutti gli operatori interessati ed esteso a tutte le fasi della malattia può portare ad un miglioramento dei risultati. La risposta è affermativa. Il numero totale di ricoveri si è ridotto nel gruppo di pazienti seguiti dai MMG che hanno partecipato alla sperimentazione. Infatti, rispetto al periodo precedente la sperimentazione si è registrato un incremento del numero di ricoveri nel gruppo di pazienti seguiti dai MMG che non hanno aderito alla sperimentazione (da 143 a 153) mentre vi è stata una riduzione statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) del numero di ricoveri (da 119 a 89) nel gruppo di pazienti seguiti dai MMG che hanno partecipato alla sperimentazione. Anche se i costi ed il grado di soddisfazione del paziente e dei familiari non sono stati oggetto di studio nel presente lavoro, i nostri risultati concordano con quelli di altri sperimentatori che hanno dimostrato come il beneficio di una ridotta ospedalizzazione si associ ad un significativo risparmio del costo per paziente all'anno e con un aumentato grado di soddisfazione da parte degli utenti. Il nostro studio ha dimostrato l'efficacia di questo approccio nel ridurre non solo il numero dei ricoveri ripetuti (passati da 17 a 10) ma anche quello dei primi ricoveri per scompenso cardiaco (da 102 a 79). La degenza media è aumentata durante il periodo della sperimentazione in entrambi i gruppi passando da  $14.29 \pm 10.79$  a  $15.14 \pm 10.89$  giorni. L'aumento è stato maggiore per il gruppo dei pazienti dei MMG della sperimentazione rispetto al gruppo di controllo (1.4 giorni vs 0.5 giorni). Questa differenza è verosimilmente indice di una maggior

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

complessità dei pazienti del primo gruppo rispetto a quelli del secondo. Tuttavia, nonostante l'aumento della degenza media il numero complessivo delle giornate di degenza si è ridotto in maniera significativa tra i pazienti del primo gruppo passando da 1679 a 1380 ( $p < 0.01$ ) Cosa può spiegare queste differenze nei risultati? Una possibile spiegazione può essere data dalla maggior aderenza alle linee guida nel gruppo di pazienti dei MMG che hanno aderito alla sperimentazione, sia per quanto riguarda l'aspetto diagnostico che l'aderenza alle norme non farmacologiche e l'utilizzo dei farmaci. Le difficoltà maggiori del MMG nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco sono legate alle incertezze per quanto riguarda la diagnosi e l'utilizzo dei farmaci, alla mancanza di informazione sui risultati delle più importanti ricerche e a fattori legati all'esperienza personale ed ai sistemi organizzativi locali<sup>85</sup>. Molte di queste difficoltà sono state superate in questo percorso assistenziale assicurando al MMG la tranquillità nelle scelte diagnostiche terapeutiche. Così abbiamo osservato un aumento del numero di pazienti in trattamento con ACE-I o ARB (dal 75.8 all'89.3%) e soprattutto un aumento del numero di pazienti trattati con il dosaggio raccomandato dalle linee guida (da 43 a 63.4%). Una osservazione analoga è stata fatta anche per quanto riguarda i beta-bloccanti. Questo suggerisce l'importanza non solo di somministrare al paziente una terapia standardizzata ma anche di aumentarne progressivamente il dosaggio. Questo è difficile da attuare durante il ricovero e può essere effettuato molto più facilmente dal MMG ai controlli ambulatoriali. Anche l'aumento del numero dei pazienti sottoposti a vaccinazione antinfluenzale ha verosimilmente ridotto le instabilizzazioni per cause infettive di alcuni pazienti con scompenso cardiaco.

Limiti: Il nostro studio ha dei limiti. Esso infatti non è uno studio randomizzato, l'aderenza dei MMG alla sperimentazione è stata libera ed i risultati potrebbero essere stati influenzati dalla presenza di differenze sistematiche tra MMG che hanno aderito allo studio e medici che invece hanno scelto di non aderire. Il tempo di osservazione di 10 mesi potrebbe essere stato troppo corto per generalizzare i nostri risultati. Infine non sono stati valutati indicatori di altre variabili quali la qualità della comunicazione tra i vari operatori o i costi aggiuntivi sostenuti per la realizzazione del progetto che potrebbero aver giocato un ruolo importante nei risultati ottenuti.

## Regione Friuli Venezia Giulia

**Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli di  
Pordenone**

**Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 di Pordenone**

### **RELAZIONE FINALE**

**A cura di Giulio De Gregorio e Giorgio Sirio Carniello**

#### **GRUPPO DI COORDINAMENTO**

Giulio De Gregorio, Giorgio Sirio Carniello, Daniela Pavan, Raffaele Collazzo, Nicola Delli Quadri, Carlo Donada, Aldo Mariotto  
Centro di Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria (Ce.V.E.A.S.) -  
Modena

#### **OBIETTIVI PRINCIPALI DEL PROGETTO**

Tra gli obiettivi sanitari e di salute, contenuti nel Piano di Intervento a Medio Termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002 della Regione Friuli Venezia Giulia (PIMT FVG 2000-2002), è compresa la "diminuzione della mortalità, dell'incidenza e della disabilità dovute alle patologie del sistema circolatorio".

Nello stesso documento, è prevista l'attivazione di un programma regionale di promozione e valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dei risultati delle cure nei pazienti con patologia cardio-vascolare. Questo obiettivo è presente nel piano programmatico dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Territoriale della Provincia di Pordenone ASS n°6.

In passato era stato attivato, in base alle indicazioni regionali, un gruppo di lavoro sull'argomento dello scompenso cardiaco, rappresentato da Medici di Medicina Generale della Provincia di Pordenone convenzionati con l'ASS6 ed incentivati per questo. Il compito fu quello di favorire la ricognizione, da parte di alcuni MMG, della letteratura internazionale sull'argomento scompenso cardiaco che consentisse di confrontare le evidenze scientifiche con la pratica clinica quotidiana e che favorisse l'acquisizione di una maggiore appropriatezza. Il limite dell'esperienza fatta era stata il piccolo numero di MMG coinvolti, per cui non era stata data l'opportunità a questi MMG molto motivati di condividere con i colleghi questa opportunità di crescita culturale. Inoltre questo lavoro non era stato accompagnato da un'analisi

## **Gestione del paziente con scompenso cardiaco**

del processo diagnostico-terapeutico di presa in carico del paziente e non era stato coinvolto alcun livello organizzativo, né territoriale né ospedaliero.

L'obiettivo generale di questo progetto è la condivisione del percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco da parte di tutti gli attori interessati tramite la adozione di linee guida che specificano i contenuti diagnostici, terapeutici, assistenziali ed organizzativi dei diversi passaggi del percorso.

Gli obiettivi specifici identificati per il raggiungimento dell'obiettivo generale sono stati:

- A. Impiego corretto, validato e gerarchico, degli strumenti diagnostici
- B. Uso appropriato dei farmaci, con particolare attenzione all'utilizzo estensivo di ACE-inibitori, beta-bloccanti, anti-aldosteronici e diuretici
- C. Utilizzo appropriato dello strumento ospedale, evitando i ricoveri non necessari e le riospedalizzazioni
- D. Riospedalizzazioni

La valutazione dell'impatto delle raccomandazioni viene effettuata mediante l'utilizzo di indicatori (Tabella I).

Se l'obiettivo generale era e resta quello di migliorare la gestione del paziente con scompenso cardiaco, per quanto riguarda l'aspetto valutativo ci si è dedicati in questa prima fase alla realizzazione dei seguenti punti:

1. Realizzare il registro dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco (in una seconda fase anche i pazienti con scompenso che non hanno subito ricovero) residenti nella provincia di Pordenone, utilizzando gli archivi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) (in una seconda fase anche un registro territoriale alimentato dai MMG).

2. Identificare ed elaborare alcuni indicatori utili per valutare i risultati dell'implementazione delle linee guida sullo scompenso cardiaco nella provincia di Pordenone, che possano essere calcolati utilizzando le banche dati del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR).

### **METODI**

Dal 2001 l'ASS6, sulla base del Progetto Tripss, ha concluso un accordo con le OO.SS. dei MMG della Provincia di Pordenone indirizzato all'implementazione delle Linee Guida sullo Scompenso cardiaco cercando di evitare fra l'altro il sottoutilizzo

## **Gestione del paziente con scompenso cardiaco**

di prestazioni/tecnologie efficaci ed il sovrautilizzo di prestazioni/tecnologie le cui evidenze di efficacia non sono dimostrate. Tale progetto con i MMG è ancora in via di sviluppo ed è stato rinnovato anche per il 2003 con incremento degli incentivi (vedi file in allegato 1)

Allo strumento delle linee guida del progetto Tripss si deve aggiungere l'accordo di area vasta fra tutte le componenti sanitarie e sociali della provincia (inclusi quindi i MMG e gli Ospedali della provincia di Pordenone) per la condivisione del "Protocollo d'integrazione Ospedale-Territorio" che mira alla qualificazione della gestione complessiva di utenti affetti da patologie croniche attraverso la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici tra territorio ed ospedale in grado di migliorare l'equilibrio e lo stato di salute di questi pazienti e garantire la continuità dell'assistenza fra Ospedale e Territorio. Il Protocollo di fatto regola fra le altre cose le ammissioni/dimissioni protette e servizi diagnostici/ambulatoriali da/per ospedale/servizi territoriali.

### **Strategia di implementazione:**

#### 1) Formazione

Grande importanza è stata data alla fase formativa dei MMG sulle "Linee guida Scompenso cardiaco" attraverso incontri ripetuti con tutti i MMG ed anche con gli Infermieri professionali. La formazione è stata indirizzata anche all'acquisizione di capacità informatiche per la registrazione ed il trasferimento dei dati.

#### 2) Organizzazione

a) Esiste presso l'Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale di Pordenone un numero telefonico dedicato, al servizio dei Medici di Medicina Generale, attraverso il quale essi possono avere contatto immediato con il Cardiologo ospedaliero, e quindi, non solo ottenere pareri su quesiti di tipo terapeutico o diagnostico (teleconsulto), ma anche interagire con il Cardiologo per ottimizzare il percorso diagnostico, clinico e strumentale, a seconda delle caratteristiche del singolo paziente.

b) Creazione di un'organizzazione di supporto attraverso un MMG referente provinciale per il progetto e un Dirigente medico per ogni distretto come referente distrettuale (ore Medico)

c) Supporto del servizio epidemiologico ASS6 per l'elaborazione dei dati (ore Medico epidemiologo + 1 mese operatrice informatica per caricamento dati)

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

3) Creazione sistema trasmissione dati per via informatica (vedi in allegato 2 l'Accordo ASS6-MMG del 2003) (ore MMG di supporto informatico)

4) Progetto E-health : integrazione con progetto regionale (accordo ASS 3 – 4 – 6 nel 2003), attraverso Fondo Sociale Europeo, di informatizzazione per la gestione dei pazienti cronici residenti nella pedemontana e nelle valli montane (in particolare per la ASS6 gestione del paziente con scompenso cardiaco tra MMG e Ospedali di riferimento della pedemontana).

Il maggiore fattore di ostacolo incontrato per l'implementazione delle Linee Guida sullo scompenso è rappresentato dalla scarsa adesione dei MMG. Fattore limitante l'adesione è rappresentata dalla necessità di acquisire dati dai MMG attraverso un sovraccarico di lavoro burocratico rappresentato dalla compilazione della scheda cartacea o dall'omogeneizzazione dei dati acquisiti per via informatica.

### PIANO DI VALUTAZIONE

La valutazione dell'impatto delle raccomandazioni viene effettuata mediante l'utilizzo di indicatori. In Tabella I vengono elencati, per le singole raccomandazioni che si è deciso di monitorare, sia i risultati attesi che gli indicatori che consentono di verificare se le raccomandazioni vengono effettivamente implementate.

**Tabella I: INDICATORI E RISULTATI ATTESI**

<p><b>Indicatori relativi alle raccomandazioni sull'uso dell'ecocardiografia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) L'esecuzione di almeno un ecocardiogramma nei pazienti già noti come affetti da scompenso cardiaco</li><li>b) L'esecuzione di un ecocardiogramma di conferma per tutti i pazienti con sospetto di scompenso cardiaco</li><li>c) La modalità di richiesta e di refertazione</li></ul> <p><b>Indicatori per le raccomandazioni all'uso degli ACE – Inibitori</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Tasso di pazienti con diagnosi confermata di scompenso cardiaco in trattamento con ACE-inibitori</li></ul> <p><b>Indicatori per il management del paziente</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Numero di visite domiciliari (nell'ambito del programma ADI e ADP), a pazienti classificati come "soggetti instabili" da seguire con un programma "attivo", effettuate dai Medici di Medicina Generale ed Infermieri Professionali</li><li>b) Tasso di ricoveri ripetuti (riammissioni per il problema entro 6 mesi ed entro 12 mesi dalla prima dimissione)</li><li>c) Durata della degenza media ospedaliera per scompenso cardiaco</li><li>d) Utilizzo del Numero Telefonico Dedicato e riservato ai MMG</li><li>e) Tassi di ricovero per scompenso (standardizzati per età e sesso) per distretto o per gruppi di medici.</li></ul>
---

## Gestione del paziente con scompenso cardiaco

La scelta delle raccomandazioni oggetto della valutazione sistematica è stata effettuata in base alla loro rilevanza ed alla fattibilità; gli indicatori sono definiti in base alla loro pertinenza, capacità discriminante, accuratezza e completezza, oltre che alla facilità di calcolo e di comprensione.

Per la raccolta delle informazioni necessarie all'elaborazione degli indicatori, il progetto T.ri.P.S.S. prevede che ciascun MMG che aderisce al progetto compili per ogni suo assistito affetto da scompenso cardiaco una prima scheda di arruolamento nel programma ed una ulteriore scheda ad ogni visita successiva.

La partecipazione dei MMG nel 1° anno del progetto è stata scarsa pari solo all'8% dei medici (n° 17 MMG) che avevano aderito al progetto (su un totale di 235 MMG della provincia di Pordenone). Nell'ultimo anno di implementazione del progetto si è giunti ad un'adesione pari al 25 % dei MMG che ha coinvolto 60 MMG. In attesa di poter disporre dei dati delle schede compilate dai MMG, relativi così ad almeno un biennio, si è pensato di effettuare una preliminare valutazione dell'impatto del progetto, attraverso alcuni indicatori (tabella II) ricavabili dal Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR).

Il Friuli Venezia Giulia, infatti, dispone di un sistema informativo su base regionale che consente di elaborare indicatori complessi mediante record-linkage tra i diversi archivi.

Per questa valutazione sono state utilizzate le seguenti banche dati: anagrafe assistiti, ricoveri ospedalieri, prescrizioni farmaceutiche, mortalità generale, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare.

**Tabella II. Indicatori derivabili dalle banche dati del SISR**

<b>Indicatori</b>
1. tasso di ricoveri per scompenso cardiaco (DRG 127 + diagnosi secondarie cod. 428*) e tasso di ricoveri ripetuti entro 6 mesi ed entro 12 mesi
2. degenza media dei ricoveri per scompenso cardiaco
3. tasso di mortalità intraospedaliera, entro 1 mese ed entro 6 mesi dalla dimissione
4. percentuale di pazienti con scompenso cardiaco che ha effettuato un esame ecocardiografico ambulatoriale
5. percentuale di pazienti con scompenso cardiaco seguiti in Assistenza Domiciliare
6. percentuale di pazienti con scompenso cardiaco che hanno assunto almeno 90 DDD/anno dei principali farmaci utilizzati nel trattamento dello scompenso cardiaco (digitatici, diuretici, ACE inibitori, spartani, betabloccanti, calcioantagonisti, alfabloccanti).

E' stato inoltre realizzato il registro dei pazienti ricoverati con diagnosi di scompenso cardiaco, selezionando retrospettivamente dalla base dati dei ricoveri ospedalieri tutti i soggetti residenti nella provincia di Pordenone, ricoverati negli ospedali regionali negli anni 1996-2002 con DRG di dimissione 127 (Insufficienza

## **Gestione del paziente con scompenso cardiaco**

cardiaca e shock) o con diagnosi secondaria di scompenso cardiaco (codice ICD IX 428\* in qualsiasi posizione di diagnosi). Si è ritenuto appropriato includere anche i ricoveri con diagnosi secondaria di scompenso cardiaco in considerazione del fatto che la maggior parte di questi ricoveri avviene in reparti di medicina e riguarda soggetti anziani con più patologie associate, per i quali spesso è difficile distinguere la patologia principale dalle secondarie.

### **RISULTATI**

#### **1. La Formazione**

-Giornata di formazione obbligatoria per i MMG della Provincia organizzato dall'ASS6, che ha attivato anche la Guardia medica, e con la partecipazione dell'Azienda Ospedaliera S. M. degli Angeli che ha consentito la partecipazione di tutti i MMG (235 MMG con medio-alto gradimento)

-Distribuzione delle linee guida a ciascun MMG + la scheda cartacea di registrazione dei dati per ogni singolo paziente elaborata da un gruppo di lavoro multiprofessionale (Medici internisti, cardiologi, MMG)

-Giornata formativa di aggiornamento organizzata dal Dip. Interaziendale di Cardiologia con la partecipazione del Prof. Ghiorgade (235 MMG con alto gradimento)

-Giornata formativa di aggiornamento sullo scompenso organizzata dall'ANMCO indirizzata al personale infermieristico sia ospedaliero che territoriale (150 I.P. con alto gradimento)

-Convegno organizzato dai MMG sulle modalità di registrazione e trasferimento dati (sia cartaceo che per via informatica) sullo scompenso (100 MMG con medio-alto gradimento)

#### **2. Il registro dei pazienti ricoverati con scompenso cardiaco**

Dall'archivio delle SDO sono stati estratti tutti i ricoveri di residenti nella provincia di Pordenone con DRG 127 o con diagnosi secondaria di scompenso cardiaco avvenuti dal 1996 al 2002. I dati anagrafici di questi soggetti (in tutto 7.455), inclusa l'eventuale data di decesso, sono stati inseriti in un data-base, che rappresenta il nucleo del registro dei pazienti con scompenso cardiaco.

Escludendo le persone decedute o emigrate fuori provincia, al 31/12/2002 risultano risiedere nella Provincia di Pordenone 2.977 persone (1.575 femmine e 1.402 maschi) affette da scompenso cardiaco documentato da una diagnosi ospedaliera, pari ad un tasso di 10,4 per 1.000 abitanti (10,8 per le femmine e 10,0 per i maschi). Questo dato può essere considerato una stima in difetto della prevalenza

dello scompenso cardiaco, in quanto non tutti i pazienti con scompenso hanno avuto un ricovero ospedaliero (su questo punto si sta sviluppando con il supporto dei MMG un registro territoriale definitivo sui pazienti con scompenso cardiaco).

### **3. Gli indicatori derivabili dalle banche dati del SISR**

#### **3.1 Il tasso di ricoveri per scompenso cardiaco ed il tasso di ricoveri ripetuti**

I ricoveri per scompenso cardiaco delle persone residenti nella provincia sono stati 1.579 nel 2000, 1.982 nel 2001 e 1.923 nel 2002 (considerando sia i DRG 127 che i ricoveri in cui la diagnosi di scompenso cardiaco era riportata tra le diagnosi secondarie). Il tasso di ricoveri per scompenso cardiaco è passato dal 5,63 per 1.000 nel 2000, al 7,01 nel 2001, al 6,72 nel 2002.

I ricoveri ripetuti nell'anno sono stati 297 nel 2000, 435 nel 2001 e 391 nel 2002, con percentuali che oscillano intorno al 20%.

L'età media delle persone ricoverate per scompenso cardiaco nel 2002 era di 79 anni (82 per le femmine e 75,5 per i maschi). Il 52% dei pazienti ricoverati con questa patologia ha più di 79 anni e solo il 16% ne ha meno di 70.

#### **3.2 La degenza media e i reparti di ricovero**

La durata media della degenza nei ricoveri per scompenso cardiaco risulta in tendenziale declino, passando da 11,1 giorni nel 2000 a 10,5 nel 2001 a 10,3 nel 2002.

La maggior parte dei pazienti con scompenso cardiaco viene ricoverata presso reparti di medicina (82%), il 10% presso reparti di cardiologia ed il restante 8% presso altri reparti.

#### **3.3. La mortalità intraospedaliera e dopo la dimissione**

La mortalità intraospedaliera nei ricoveri con diagnosi di scompenso cardiaco oscilla intorno al 16-17%. Molto elevata, anche in considerazione dell'età avanzata di questi pazienti, è la mortalità cumulativa entro 6 mesi (33,2%) e ad 1 anno (41,0%) dalla dimissione.

#### **3.4 La percentuale di pazienti che ha effettuato un esame ecocardiografico ambulatoriale**

Nel rispetto delle raccomandazioni fornite dalle linee guida, il ricorso alla diagnostica ecocardiografica appare in sensibile incremento nella provincia di Pordenone: la percentuale di pazienti che ha effettuato un esame ecocardiografico ambulatoriale durante l'anno precedente è cresciuta dal 5,7% nel 2000, all'8,1% nel 2001, al 13,1% nel 2002.

### 4. I pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare

Anche il numero di pazienti con scompenso cardiaco seguiti in Assistenza Domiciliare è aumentato da 813 nel 2000 a 1111 nel 2002.

### 5. La terapia farmacologia

Sostanzialmente tutte le categorie di farmaci, ritenute efficaci nel trattamento dello scompenso cardiaco, risultano in incremento nella provincia di Pordenone a dimostrazione di un recepimento culturale degli input formativi ricevuti ed in definitiva di una efficace strategia di implementazione delle linee guida nazionali ed internazionali

Si rileva in particolare l'incremento dal 2000 al 2002 della percentuale di pazienti in terapia con ACE inibitori (da 44,6% a 50,2%), sartani (da 8,2% a 11,7%), betabloccanti (da 11,7% a 16,7%) e diuretici (da 66,4% a 68,5%). Si osserva inoltre una lieve riduzione della percentuale di pazienti in terapia con digitalici (da 35,0% a 33,8%) e con calcio-antagonisti (da 22,4% a 20,9%).

## DISCUSSIONE

### 1. Epidemiologia dello scompenso cardiaco nella provincia di Pordenone

Sulla base dei dati fin qui elaborati, la prevalenza dello scompenso cardiaco nella Provincia di Pordenone, sembra confermare i dati nazionali ed europei di prevalenza, risultando di 10.8 per 1000 abitanti nelle femmine e 10.0 nei maschi.

Considerando, tuttavia, che il registro prende in considerazione solo i pazienti che hanno avuto almeno un ricovero con diagnosi di scompenso codificata nella SDO, la prevalenza reale di questa patologia nella nostra provincia potrebbe essere più elevata.

La presente valutazione mostra che nella provincia di Pordenone la mortalità nelle persone affette da scompenso cardiaco, sia intraospedaliera sia entro i 6 e i 12 mesi dalla dimissione, è superiore a quella riportata in letteratura.

Moderatamente più elevata nella nostra provincia, rispetto ai dati della letteratura, appare anche la percentuale di ricoveri ripetuti per scompenso cardiaco entro i 6 mesi dal ricovero precedente, che risulta nel periodo 2000-2001 superiore al 20%.

Queste elevate mortalità e morbilità dei pazienti ospedalizzati per scompenso cardiaco presumibilmente sono legate all'età più avanzata della popolazione affetta da scompenso cardiaco nella nostra provincia rispetto a quella considerata in letteratura. Ben l'84% dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco nella provincia di Pordenone, infatti, è di età superiore ai 70 anni ed il 52% ha più di 80 anni. L'età media dei soggetti considerati nella presente valutazione risulta essere di 79 anni,

## **Gestione del paziente con scompenso cardiaco**

molto più alta di quella dei soggetti considerati negli studi nazionali ed internazionali.

L'età avanzata della popolazione affetta da scompenso cardiaco e la frequente presenza di co-morbidità, giustifica il prevalente ricovero nelle Unità Operative di Medicina Generale (82%).

### **2. Criticità: il problema della gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco**

Nonostante i primi dati sull'impatto delle linee guida nella nostra provincia mostrino che alcuni risultati positivi sono già stati ottenuti, rimane critico l'aspetto del disease management, cioè, dell'integrazione dei servizi sviluppati su più livelli assistenziali in un circuito di continuità assistenziale che risponda ai bisogni del paziente nelle diverse fasi della malattia.

La gestione più appropriata del paziente con scompenso cardiaco deve presupporre la corretta definizione diagnostica e l'identificazione della cura a lungo termine come una rete di percorsi, legati all'età del paziente, all'etiologia ed alla gravità della malattia, che postulano consenso e integrazione fra gli operatori sanitari del Territorio e dell'Ospedale e fra Specialisti Ospedalieri.

Occorre perciò definire una metodologia finalizzata alla prevenzione ed al trattamento dello scompenso cardiaco, al miglioramento della qualità della cura e della qualità di vita del malato, alla riduzione del livello complessivo dei costi dell'intervento sanitario ed alla valutazione degli esiti dei processi di cura (outcomes).

La gestione condivisa delle cure ("shared care") deve essere costituita da un processo coordinato di intervento sull'evoluzione della salute a stato di malattia che si ottiene solo grazie alla collaborazione, all'integrazione ed al coordinamento delle attività di tutti gli operatori sanitari.

Sicuramente siamo ancora in una fase di scarso coinvolgimento operativo dei MMG che dovranno essere maggiormente sensibilizzati attraverso un impegno superiore di risorse a livello distrettuale.

### **3. Criticità: la registrazione e la trasmissione dei dati**

In generale recepita con difficoltà dai MMG e sentita come mero sovraccarico burocratico, la compilazione delle schede cartacee nel primo anno del progetto (il 2002) è stata praticata solo dall'8% dei MMG. Nell'ultimo anno di implementazione del progetto tale percentuale è notevolmente cresciuta grazie soprattutto alla scelta

di consentire la registrazione e trasmissione dei dati per via informatica, attraverso l'applicativo in uso normalmente nello studio medico.

### 4. Il modello organizzativo

L'Advisory Board Company Cardiology Preeminence Roundtable (17) nel 1994 indentificava alcune possibili soluzioni gestionali: 1) la creazione di un ambulatorio dedicato, gestito da personale infermieristico specializzato; 2) lo sviluppo dell'assistenza domiciliare specialistica; 3) la gestione telematica; 4) la creazione di unità di breve degenza per i pazienti con instabilizzazione; 5) l'utilizzo dei Centri di Riabilitazione cardiologica; 6) lo sviluppo di unità di terapia intermedia dedicate (Unità dello scompenso cardiaco).

Lo scompenso cardiaco sta diventando sempre di più, come abbiamo visto, una patologia da inserire in progetto integrato di continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio.

Tutti i modelli operativi locali, contestualizzati nel Dipartimento Cardiovascolare Intra-Interaziendale o comunque percepiti, devono riconoscere la centralità della figura del "paziente" e non della "prestazione" o dell'Unità o ambulatorio dedicato allo scompenso.

Va anche riconosciuto il ruolo essenziale del Medico di Medicina Generale (M.M.G.), che si trova in un osservatorio privilegiato per l'analisi del bisogno del paziente con scompenso cardiaco e per la differenziazione della domanda e della risposta, da commisurare al bisogno. In questo senso deve essere aumentata l'attività di sensibilizzazione dei MMG da parte degli organi distrettuali.

A tale livello appare anche critica la disponibilità per i M.M.G. di un supporto alla decisione per le problematiche di tipo cardiologico da parte dello specialista, effettuato eventualmente anche per via telematica (teleconsulto, ecc) al fine di evitare accessi impropri all'ospedale e di filtrare e risolvere in periferia i bisogni più semplici.

Le diverse cardiologie, piccole, medie o grandi, dei diversi ospedali che incidono sullo stesso bacino d'utenza devono, in questo contesto, riconoscere, accettare e condividere ruoli funzionalmente diversi e complementari, nel rispetto della dignità e competenza specifica e nella variabilità dei diversi contesti organizzativi.

In questa visione vanno probabilmente perseguite una maggiore accessibilità e flessibilità delle grandi cardiologie degli ospedali di riferimento, ma va anche riconosciuto e valorizzato il ruolo delle piccole e medie cardiologie negli ospedali di rete, che devono poter svolgere funzioni insostituibili e riconosciute di strutture di interfaccia e collegamento, interagendo anche con i Distretti, tra tutti gli autori operanti sul campo.

### 5. Conclusioni

I risultati, di questa prima fase di implementazione del progetto Tripss, dimostrano che è possibile elaborare alcuni indicatori utili a valutare i risultati dell'implementazione delle linee guida sullo scompenso cardiaco, utilizzando le banche dati del sistema informativo sanitario regionale. Tuttavia, questi dati non consentono di conoscere la reale prevalenza e l'incidenza dello scompenso cardiaco nella popolazione della nostra provincia, inoltre non permettono di elaborare tutti gli indicatori utili a valutare l'effettiva implementazione delle linee guida nella nostra realtà. Soltanto grazie ad una massiccia adesione al progetto dei medici di medicina generale ed alla capillare raccolta di informazioni di carattere clinico, preferibilmente attraverso strumenti informatici in rete, da parte di tutti i medici (MMG, internisti, cardiologi) che concorrono alla gestione del paziente sarà possibile una effettiva valutazione dell'impatto delle linee guida nella nostra provincia.

L'obiettivo comune dell'ASS 6 e dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone è quello di arrivare gradualmente (per questo il progetto ha uno sviluppo pluriennale) alla compartecipazione al progetto di tutti gli attori coinvolti nelle varie fasi del percorso del paziente con scompenso cardiaco, in primis i medici di medicina generale che svolgono un ruolo cruciale, in quanto rappresentano i "case-manager" ideali per questa tipologia di pazienti.

La realizzazione di un progetto di efficace continuità assistenziale per lo scompenso cardiaco fra ospedale e territorio rappresenta per i Cardiologi una sfida, ma anche un'opportunità, che aiuterà a superare sia una settorializzazione subspecialistica e ipertecnologica sia la possibile perdita e diluizione di specificità di una parte della Cardiologia (18-23). Il Progetto Scompenso necessita di una analisi attenta e realistica dei bisogni attuali e prospettici di ogni realtà locale. Deve prevedere un'organizzazione che rispetti, per quanto possibile, l'esistente, e diversifichi il grado di autonomia e l'entità della integrazione fra le diverse strutture, attraverso una progettualità realizzativa graduale, condivisa e partecipata attraverso la negoziazione.

Il Progetto va accettato come sfida propositiva di integrazione fra ospedale e territorio e fra differenti realtà cardiologiche, piccole, medie e grandi, che presiedano a diverso titolo un determinato bacino d'utenza. Per tutte queste ragioni la ASS n° 6 e l'A.O. S. Maria degli Angeli ritengono di continuare il progetto sull'implementazione delle Linee guida sullo scompenso cardiaco cercando di incrementare il n° di MMG che aderiscono concretamente al progetto, consolidare il supporto sia a livello distrettuale (maggiori risorse medico-infermieristiche dedicate) che ospedaliero (incremento del tele-consulto cardiologico), facilitare l'acquisizione e la trasmissione dei dati per via informatica tra Territorio ed Ospedale.