- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Wed, 09 Sep 2026, 00:15:46

STUDIO OSSERVAZIONALE

L'insufficienza cardiaca cronica sul territorio in Italia: analisi delle modalità di gestione clinica e dei bisogni dei medici di medicina generale

Luigi Tarantini[1], Giovanni Cioffi[2], Giovanni Pulignano[3], Donatella Del Sindaco[4], Nadia Aspromonte[5], Roberto Valle[6], Giuseppe Di Tano[7], Gianfranco Misuraca[8], Francesco Clemenza[9], Andrea Di Lenarda[10]

[1]Dipartimento di Cardiologia, Ospedale San Martino, ASL1, Belluno, [2]Divisione di Cardiologia, Casa di Cura Villa Bianca, Trento, [3]Dipartimento di Cardiologia, Ospedale San Camillo, Roma, [4]Dipartimento di Cardiologia INRCA, IRCCS, Roma, [5]U.O. Scompenso, Ospedale Santo Spirito, Roma, [6]Unità Scompenso Cardiaco, Ospedale Civile, San Donà di Piave (VE), [7]U.O. di Cardiologia, Azienda Istituti Ospitalieri, Cremona, [8]U.O. di Cardiologia, Ospedale SS. Annunziata, Reggio Calabria, [9]Unità Scompenso Cardiaco, ISMETT, Palermo, [10]Polo Cardiologico, Ospedale di Cattinara, Trieste

Key words:
Beta-blockers;
Clinical management;
Healthcare organization;
Heart failure;
Primary care medicine.

Background. **Heart failure (HF) is a major clinical problem and a challenge for healthcare systems. Primary care physicians (PCPs) play an important role in the clinical management of HF patients. The aim of the present investigation was to evaluate the behaviors and problems of Italian PCPs in managing patients with HF.**

Methods. **Clinical behaviors and perceived obstacles were evaluated through the administration of a modified version of the Euro-HF questionnaire to a nationwide sample of 385 PCPs.**

Results. **Out of 389 042 persons entitled to receive their medical assistance, all PCPs declared to care 9263 patients with HF (prevalence of HF 2.4%, 24 HF patients/PCP). HF was diagnosed either by symptoms only (14% of cases), or by analysis of symptoms plus signs (57%), by combining the evidence of cardiac dysfunction by echocardiography to the assessment of symptoms and signs (12%) or by adding consultation by a cardiologist to the clinical assessment in the PCP office (17%). Forty-two percent of the PCPs participating in the survey had a free access to echocardiography whereas measurement of natriuretic peptide serum levels was freely available to 14% of PCPs. Pharmacological therapy for HF prescribed by the PCPs included in this survey included: diuretics (91%), inhibitors of the renin-angiotensin system (87%), digitalis (34%), beta-blockers (33%), aldosterone antagonists (23%). Drugs considered to potentially leading to major side effects were: digitalis (51%), beta-blockers (48%) and diuretics (47%), much less angiotensin-converting enzyme-inhibitors (17%) and aldosterone antagonists (14%). Consultation with a cardiologist for starting beta-blocker treatment was judged mandatory by 57% of PCPs. Management of HF patients was considered sufficient by 70% of PCPs. Improvement in the access to echocardiography, laboratory data and consultation with a specialist were the priorities indicated by PCPs for optimizing the management of HF patients.**

Conclusions. **PCPs have a suboptimal approach to the diagnostic evaluation of HF patients and to implementation and management of beta-blocker therapy. These behaviors derive from a difficult access to echocardiography, laboratory parameters and consultation with a cardiologist.**

(G Ital Cardiol 2010; 11 (9): 680-687)

© 2010 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 5 novembre 2009; nuova stesura il 29 gennaio 2010; accettato il 22 febbraio 2010.

Per la corrispondenza:

Dr. Giovanni Cioffi

Divisione di Cardiologia
Casa di Cura Villa Bianca
Via Piave, 78
38100 Trento
E-mail: gcioffi@villabiancatrento.it

Introduzione

Nonostante negli ultimi decenni vi siano stati notevoli progressi nella diagnosi e nella terapia, l'insufficienza cardiaca (IC) continua ad essere una sindrome frequente, a prognosi grave e con elevati costi sanitari. L'IC è infatti una delle più frequenti condizioni morbose associate al ricovero ospedaliero per malattia in Italia, assorbe quantità di risorse umane ed economiche molto rilevanti[1] e determina, nei suoi stadi avanzati, una riduzione della prospettiva di vita dei pazienti paragonabile a quella di alcune neoplasie a prognosi particolarmente infausta[2]. Numerosi studi condotti su soggetti non selezionati che ben rappresentano il mondo reale dell'IC, hanno dimostrato che la gestione dei pazienti non è ottimale e che le raccomandazioni espresse nelle linee guida internazionali (LG) sono, nella pratica clinica, frequentemente eluse[3-8].

Il medico di medicina generale (MMG), figura essenziale per la continuità assistenziale sul territorio, ha un ruolo fondamentale nella gestione del paziente con IC, sindrome caratterizzata classicamente da fasi alterne di stabilità/instabilità[8-18]. Attualmente, in Italia, sono scarse le informazioni riguardanti la gestione clinica dei pazienti con IC da parte dei MMG, sono poco noti il grado di aderenza alle LG ed i bisogni per ottimizzare l'assistenza a questi pazienti. Abbiamo pertanto progettato il presente studio per valutare come i MMG gestiscono in Italia i pazienti con IC.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Wed, 09 Sep 2026, 00:15:46

Materiali e metodi

La valutazione dei comportamenti clinici è stata effettuata somministrando una versione semplificata del questionario Euro-HF[8] ai MMG partecipanti ad incontri di aggiornamento professionale eseguiti nell'ambito del programma nazionale di educazione continua in medicina. Tale questionario, riportato in Appendice 1, è strutturato in 11 domande che prevedono risposte categoriche con la possibilità di ulteriori scelte aperte, e mira ad indagare il modo con cui i MMG usualmente formulano la diagnosi di IC ed il loro accesso agli esami strumentali. Per quel che concerne la terapia, il questionario esplora l'attitudine dei MMG alla prescrizione dei farmaci raccomandati dalle LG per la cura dell'IC ed il loro grado di consapevolezza sui rischi ed i benefici attesi in termini di controllo dei sintomi e prognosi. Il questionario è infine completato da alcuni "items" che mirano ad identificare i principali bisogni dei MMG e gli ostacoli che essi devono affrontare nella quotidianità del loro lavoro con particolare riferimento alle richieste di assistenza nei confronti dell'ospedale quale sede di prestazioni specialistiche e le aspettative nei confronti dei cardiologi per una migliore cogestione della malattia.

Analisi statistica

I dati sono riportati come media ± 1 DS oppure mediana e valori interquartili per le variabili continue, rispettivamente parametriche e non parametriche, mentre le variabili categoriche sono riportate come percentuali. Le comparazioni tra gruppi sono state effettuate mediante l'analisi della varianza (ANOVA). Sono state ritenute significative le differenze tra variabili con valore di p a due code <0.05. La grandezza del campione di MMG intervistati (n = 385) è stata calcolata ritenendo sufficiente un numero di MMG che avesse in cura 10 000 pazienti affetti da IC, stimando, sulla base di un piccolo campione iniziale di riferimento, in 26 il numero medio di pazienti affetti da IC preso in carico da ogni MMG.

Risultati

Sono stati coinvolti in questo studio 385 MMG omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale (120 operano nel Sud ed Isole, 130 nel Centro e 135 nel Nord Italia) le cui principali caratteristiche professionali sono elencate nella Tabella 1. La quasi totalità di essi ha un reparto ospedaliero di Cardiologia come riferimento e più della metà di essi anche un ambulatorio per IC. Il numero di pazienti affetti da IC in cura per medico è sovrapponibile alla prevalenza dell'IC nella popolazione nazionale[1]. Un'iniziale analisi effettuata per valutare le caratteristiche del campione di MMG utilizzato ha dimostrato che non vi erano differenze statisticamente significative tra i tre gruppi di MMG che operavano nel Sud e Isole, Centro e Nord riguardo ai temi trattati nel questionario sotto analizzati in dettaglio.

Metodi per stabilire diagnosi ed abitudine prescrittiva

La modalità con cui i MMG coinvolti in questa analisi hanno valutato la presenza di uno stato di IC è presentata nelle Tabelle 2 e 3. Il 71% dei medici effettua la diagnosi solo in base a sintomi e/o segni clinici. Una valutazione strumentale che confermi la diagnosi di IC viene ritenuta essenziale per la formulazione della diagnosi solo dal 12% del campione intervistato. Tra gli esami diagnostici strumentali, l'ECG e l'Rx torace sono quelli più frequentemente utilizzati per supportare il sospetto clinico ed anche quelli che possono essere direttamente richiesti dal MMG con accesso libero da parte dei pazienti (Tabella 4). L'ecocardiogramma viene impiegato di routine dal 69% dei MMG, percentuale significativamente superiore rispetto alla possibilità di accesso libero (42%). Per gli stessi scopi, le prove di funzionalità respiratoria sono richieste di routi-

Tabella 1. Caratteristiche dei medici di medicina generale partecipanti al questionario.

N. medici partecipanti	385
Anno di laurea[a]	1982 (1979-1987)
Anzianità di laurea[a] (anni)	16 (8-24)
Anzianità di servizio[a] (anni)	16 (8-21)
Medici operanti in gruppo	93 (24%)
Medici operanti in città	242 (63%)
N. pazienti assistiti totali	389 042
N. pazienti per medico[b]	1.069 ± 469
N. pazienti scompensati totali dichiarati	9263 (2.4%)
N. pazienti scompensati/medico[a]	15 (10-30)
Medici con reparto cardiologico nell'ospedale di riferimento	370 (96%)
Medici con Ambulatorio Scompenso nell'ospedale di riferimento	246 (64%)

[a]mediana e range interquartile; [b]media ± DS.

Tabella 2. Sintomi e segni più frequenti dell'insufficienza cardiaca secondo i medici di medicina generale.

Dispnea	290 (75%)
Edemi declivi	40 (10%)
Astenia/ridotta tolleranza allo sforzo	31 (8%)
Ortopnea	12 (3%)
Rantoli polmonari	9 (2%)

Tabella 3. Iter diagnostico usuale per la formulazione della diagnosi di insufficienza cardiaca da parte dei medici di medicina generale.

Solo sintomi	54 (14%)
Sintomi e segni	220 (57%)
Solo dopo conferma strumentale	46 (12%)
Solo dopo consulto specialistico	65 (17%)

Tabella 4. Test diagnostici usati routinariamente per confermare la diagnosi e disponibilità di accesso diretto agli esami strumentali.

	Esami usati di routine	Possibilità di accesso libero
ECG	363 (94%)	320 (83%)
Rx torace	340 (88%)	302 (78%)
Ecocardiogramma	265 (69%)	160 (42%)
Spirometria	44 (11%)	117 (30%)
Esami ematochimici	28 (7%)	33 (9%)
Misurazione peptidi natriuretici	53 (14%)	55 (14%)
Altro	18 (5%)	18 (5%)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Wed, 09 Sep 2026, 00:15:46

ne solo da una minoranza di MMG (11%), così come il dosaggio sierico dei peptidi natriuretici (14%).

Analizzando l'approccio terapeutico che i MMG hanno nei confronti dell'IC, abbiamo rilevato che i farmaci usati più frequentemente dai MMG sono i bloccanti del sistema renina-angiotensina ed i diuretici, tra questi gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) ed i diuretici dell'ansa sono utilizzati in percentuale di gran lunga superiore rispetto agli antagonisti recettoriali dell'angiotensina e ai diuretici tiazidici. Un significativo minor uso si rileva per le altre classi di farmaci raccomandate dalle LG quali i betabloccanti e gli antialdosteronici (Tabella 5).

Dall'analisi delle posologie di tali farmaci utilizzate è emerso che la dose degli ACE-inibitori è solo lievemente inferiore rispetto a quella consigliata dalle LG, non così per le altre classi di farmaci raccomandate che risultano significativamente inferiori, come nel caso dei betabloccanti, o superiori, come in quello degli inibitori dell'aldosterone (Tabella 5).

Percezione dell'efficacia e dei rischi della terapia

La quasi totalità dei MMG dichiara che i diuretici dell'ansa sono i farmaci più efficaci nel ridurre i sintomi ed un terzo di essi considera tali farmaci in grado di ridurre la mortalità. Meno della metà dei MMG è convinto dell'efficacia dei diuretici tiazidici. L'89% degli intervistati considera gli inibitori del sistema renina-angiotensina efficaci nel ridurre la mortalità mentre il 17% di essi li ritiene potenzialmente responsabili di eventi clinici avversi. Riguardo ai betabloccanti, il 74% dei MMG ritiene tali farmaci in grado di migliorare la sopravvivenza dei pazienti con IC ma il 48% di essi è convinto che il loro utilizzo sia rischioso per il paziente. Gli antialdosteronici sono percepiti come prognosticamente utili e rischiosi rispettivamente dal 42% e 14% dei MMG. Solo una minoranza dei MMG ritiene che la digitale sia in grado di migliorare la sopravvivenza dei pazienti mentre il 68% considera tale farmaco efficace nel ridurre i sintomi. La Tabella 6 riassume la percezione dell'efficacia e del rischio di eventi clinici avversi che i MMG hanno rispetto alle classi di farmaci utilizzate nell'IC.

Prescrizione e gestione della terapia

Il bisogno di supporto specialistico per la gestione della terapia farmacologica da parte dei MMG dipende dalla classe di farmaco utilizzato (Tabella 7). Un'ampia maggioranza dei MMG prescrive e gestisce autonomamente i diuretici e gli inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone. Al contrario, il 57% dei MMG sente il parere dello specialista prima di prescrivere un betabloccante e il 46% gestisce tale terapia con il supporto dello specialista. Comportamento analogo si registra per la digitale.

I bisogni dei medici di medicina generale

Il 77% dei MMG intervistati ritiene soddisfacente la gestione dei propri pazienti con IC. Le priorità indicate dai MMG per migliorare l'assistenza dei pazienti con IC sono la facilitazione all'accesso agli esami diagnostici e alla comunicazione con gli specialisti ospedalieri di riferimento (Figura 1). Tali aspetti sono stati selezionati come i più rilevanti rispettivamente dal 30% e 20% degli intervistati, mentre le problematiche relative alla riduzione delle liste d'attesa (16%),

Tabella 5. Classe di farmaci utilizzata dai medici di medicina generale per la terapia dell'insufficienza cardiaca, principio attivo e dose media più frequentemente utilizzati.

Classe farmacologica	Percentuale di utilizzo	Principio attivo usato più comunemente	Dose (media ± DS)
Diuretico dell'ansa	80%	Furosemide	39 ± 18
Diuretico tiazidico	11%	Idroclorotiazide	34 ± 27
Digitalico	34%	Digossina	0.15 ± 0.07
ACE-inibitore	75%	Enalapril	16 ± 8
Antagonista recettoriale dell'angiotensina	12%	Valsartan	120 ± 50
Betabloccante	33%	Carvedilolo	25 ± 15
Antialdosteronico	23%	Spironolattone	59 ± 32

ACE = enzima di conversione dell'angiotensina.

Tabella 6. Percezione dell'efficacia e dei rischi della terapia farmacologica dell'insufficienza cardiaca da parte dei medici di medicina generale.

Classe farmacologica	Efficacia		Rischio	
	Riduzione mortalità	Riduzione sintomi	Eventi avversi	Effetti collaterali
Diuretico dell'ansa	34%	97%	47%	61%
Diuretico tiazidico	9%	47%	21%	38%
Digitalico	17%	68%	51%	42%
ACE-inibitori/inibitori angiotensina	89%	62%	17%	49%
Betabloccante	74%	52%	48%	49%
Antialdosteronico	42%	44%	14%	33%

ACE = enzima di conversione dell'angiotensina.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Wed, 09 Sep 2026, 00:15:46

Tabella 7. Necessità di supporto specialistico per la gestione della terapia farmacologica. Analisi delle singole classi farmacologiche.

Classe farmacologica	Supporto per iniziare il farmaco	Supporto per gestire nel tempo la terapia
Diuretico dell'ansa	20%	10%
Diuretico tiazidico	13%	7%
Digitalico	40%	31%
Inibitori angiotensina	16%	9%
Betabloccante	57%	46%
Antialdosteronico	18%	16%

alla possibilità di un accesso diretto agli ambulatori specialistici dedicati (12%), alle maggiori risorse ospedaliere (7%), al potenziamento del sistema di assistenza domiciliare (6%) o alla possibilità di avere il supporto di un infermiere professionale dedicato (9%) sono state meno considerate come prioritarie. Le richieste più pressanti formulate ai cardiologi da parte dei MMG sono quelle di avere il libero accesso alla consulenza cardiologica ospedaliera (problema più rilevante per il 26% dei MMG) ed avere a disposizione una documentazione clinica di migliore qualità (primo problema da risolvere per il 29% degli intervistati) (Figura 2).

Discussione

L'IC è nelle società occidentali uno dei maggiori problemi che i sistemi sanitari devono affrontare[1,2]. Nonostante da tempo le maggiori società scientifiche abbiano elaborato dettagliate LG per il governo della malattia secondo criteri di medicina basata sull'evidenza, la gestione dei pazienti è spesso non aderente alle raccomandazioni consigliate dagli esperti[5-7]. Questo accade per molteplici ragioni: 1) l'IC non è solo una patologia cardiaca, ma una sindrome che spesso rappresenta il quadro finale comune a numerosi processi morbosi che coinvolgono anche l'apparato cardiovascolare[3,4]; 2) lo stesso quadro clinico può essere determinato da processi fisiopatologici distinti[3,4]; 3) nella pratica clinica sono presenti frequentemente comorbilità, cardiache ed extracardiache, che possono complicare e/o condizionarne la gestione[17]; 4) come spesso accade nelle malattie croniche con alterne fasi di stabilità e destabilizzazione, il percorso assistenziale è frammentato e coinvolge ambiti organizzativi e figure professionali differenti spesso non comunicanti o integrate tra loro[8-16]. La qualità della gestione di questa sindrome incide pesantemente sulla storia clinica dei pazienti con IC[7] e può determinare un aumento dei carichi assistenziali dei servizi sanitari e problemi di sostenibilità delle cure erogate[19-22].

Pedina centrale del processo di gestione del paziente con IC è il MMG, che può identificare i soggetti a rischio, riconoscere i primi segnali della sindrome, controllarne l'evoluzione e monitorare la terapia. Alcuni studi internazionali hanno evidenziato una gestione subottimale dell'IC da parte dei MMG: tra le ragioni principali venivano citate l'obiettiva difficoltà ad effettuare una diagnosi corretta con i soli strumenti clinici, il difficile accesso ai servizi diagnostici territoriali ed ospedalieri, la scarsa interazione tra medici specialisti e MMG, la parziale conoscenza ed esperienza clinica di alcuni, con il conseguente prevalere della preoccupazione di effetti collaterali rispetto alla convinzione di efficacia dei farmaci validati dagli studi clinici controllati[3-12].

Poco si conosce su questi argomenti nel nostro paese. Questo studio conferma che anche in Italia esiste una non ottimale adesione alle raccomandazioni delle LG riguardo alla gestione clinica dell'IC.

Diagnosi

È noto che la diagnosi clinica di IC è talora difficile e soggetta a errori. Un esempio per tutti può essere rappresentato dalla dispnea, uno dei sintomi più frequenti dell'IC, con sensibilità molto elevata (circa il 90%) ma estremamente aspecifico (specificità del 50% circa)[23] essendo comune ad altre patologie extracardiache (pneumopatie, obesità, stati d'ansia, ecc.). Lo stesso vale per i segni clinici: nel nostro campione il segno più frequentemente uti-

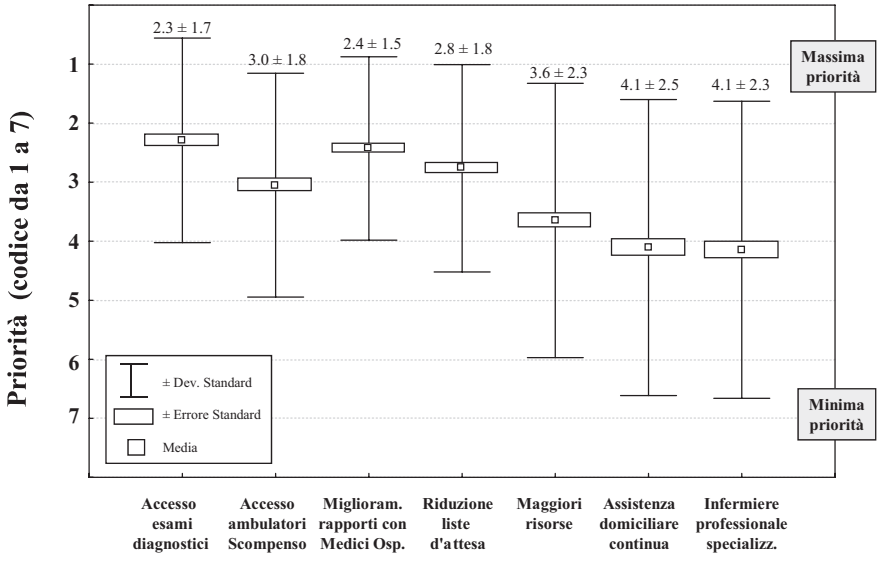

Figura 1. *Priorità per ottimizzare la gestione del paziente con insufficienza cardiaca (gradimento decrescente da 1 a 7).*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Wed, 09 Sep 2026, 00:15:46

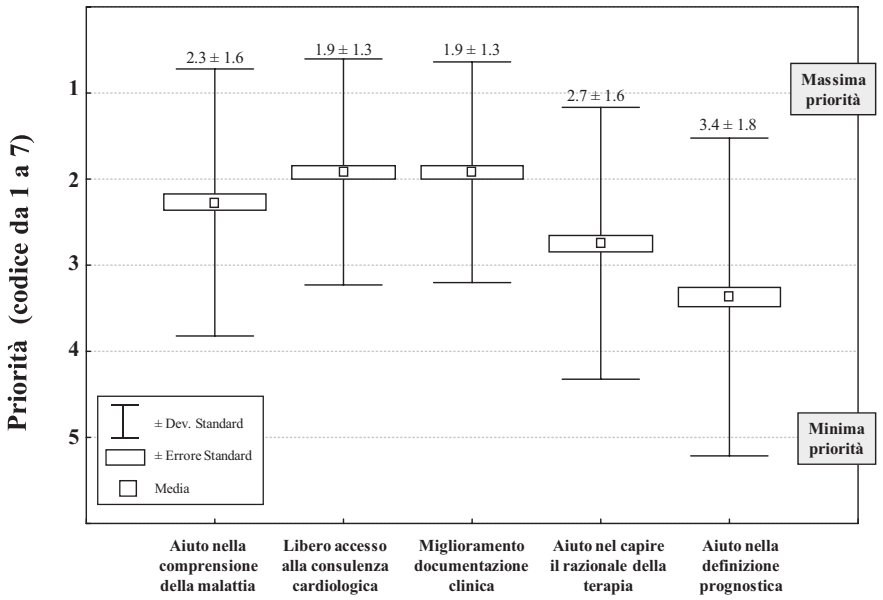

Figura 2. *Priorità per ottimizzare il rapporto con il cardiologo (gradimento decrescente da 1 a 7).*

lizzato per la diagnosi è il riscontro di edemi declivi, reperto clinico usualmente considerato criterio diagnostico "minore"[3,4] perché poco sensibile e specifico. Oltre il 70% del campione dei MMG intervistati ha dichiarato di formulare la diagnosi ricorrendo ai soli criteri clinici (sintomi e/o segni), disattendendo in tal modo le raccomandazioni delle LG[23]. Nella recente versione del 2008[4], la Società Europea di Cardiologia raccomanda fortemente l'utilizzo dei peptidi natriuretici, esame di facile esecuzione ed utile per avallare il sospetto clinico e stratificare la prognosi. Nella realtà italiana solo un'esigua minoranza dei MMG (14%) può prendere l'iniziativa di prescrivere personalmente il dosaggio dei peptidi natriuretici, esame con elevato potere predittivo negativo e quindi molto utile per escludere la diagnosi di IC[4]. La possibilità di libero accesso alla prescrizione sembra condizionare la scelta anche degli esami strumentali, sia quelli ampiamente utilizzati, quali l'ECG, l'Rx torace, che l'ecocardiografia.

Impiego di farmaci

Numerosi studi pubblicati negli ultimi 10 anni hanno dimostrato la grande efficacia dei betabloccanti nel ridurre le ospedalizzazioni e migliorare la prognosi dei pazienti con IC[24,25]. Tale classe di farmaci è sottoutilizzata in questi pazienti[6,7], in particolare nei soggetti più anziani[26]. I risultati della presente analisi confermano quanto riportato dalla letteratura internazionale. Solo un terzo dei MMG intervistati utilizza un betabloccante nei pazienti con IC (preferenzialmente carvedilolo), impiegato ad un dosaggio significativamente inferiore rispetto a quello consigliato dalle LG. Tale percentuale è minore rispetto al 53% di utilizzo dei betabloccanti riscontrata nello studio MAHLER[7] ma decisamente superiore rispetto al 12.5% riportato nell'indagine Euro-HF eseguita circa 10 anni or sono[8].

I betabloccanti continuano ad essere percepiti, insieme ai glicosidi digitalici, come farmaci pericolosi. Come riportato da altri studi simili[11], essi rappresentano la classe di farmaci per cui si ritiene necessario, molto più spesso rispetto alle altre, il supporto del medico specialista per l'indicazione e la sua gestione. Negli ultimi anni sono stati promossi e realizzati con successo in Italia programmi di implementazione sull'utilizzo dei betabloccanti nei pazienti con IC[27], rivolti tuttavia principalmente a specialisti cardiologi ed internisti. I nostri dati suggeriscono che un simile programma sarebbe da dedicare ai MMG.

Interessanti esperienze pilota hanno valutato la fattibilità e l'efficacia di modelli di gestione dei pazienti con IC alternativi al classico ambulatorio medico utilizzando nuove tecnologie quali ad esempio il telemonitoraggio domiciliare[28-30]. Tale approccio produce indubbiamente un'ottimizzazione delle risorse umane ed economiche consentendo di dedicare maggiore attenzione a pazienti in condizioni cliniche più gravi, ma reca con sé il limite di un'applicabilità parziale limitata a soggetti autosufficienti e capaci di utilizzare le stesse tecnologie.

I bisogni dei medici di medicina generale

Dalla nostra analisi emerge un generale grado di soddisfazione dei MMG sulla gestione dei propri pazienti. A nostro giudizio tale risultato è da interpretare considerando che la maggior parte dei MMG intervistati potevano contare su una struttura ospedaliera provvista di unità operativa di Cardiologia con un ambulatorio dedicato alla gestione dell'IC come riferimento. Il coinvolgimento dei cardiologi nella cura dei pazienti affetti da IC, infatti, è clinicamente rilevante[16,31-34].

Le priorità indicate dai MMG sono l'agevolazione all'accesso diretto alla prescrizione degli esami strumentali e alla comunicazione con i cardiologi ospedalieri piuttosto che l'avere a disposizione maggiori risorse o un migliore supporto nella gestione territoriale. Tale dato coincide con quanto riscontrato da Fuat et al.[11], Khunti et al.[12] e Phillips et al.[35]. L'IC viene percepita come una sindrome di difficile gestione da parte del MMG quando è solo: è pertanto lecito affermare che senza un adeguato programma di "co-gestione" è difficile ottenere un miglioramento dell'aderenza dei comportamenti ai documenti ufficiali delle società scientifiche.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Wed, 09 Sep 2026, 00:15:46

Limiti dello studio

L'utilizzo dei corsi di aggiornamento professionale come occasione per la selezione dei MMG potrebbe aver influenzato i risultati dello studio. Gli argomenti dei corsi, tuttavia, erano di interesse clinico generale in ambito internistico (cardiologia, pneumologia, diabetologia, nefrologia) e non erano quindi necessariamente limitati ad aspetti specialistici sull'IC. I questionari, inoltre, sono sempre stati compilati prima dell'esecuzione del corso. Un secondo limite metodologico di questa indagine consiste nel fatto che essa si è basata solo sulla risposta scritta a domande formulate attraverso un questionario la cui veridicità non può essere scientificamente verificata. Tale questionario, peraltro, affronta solo alcuni aspetti del problema "MMG e gestione dei pazienti con IC".

Conclusioni

I risultati del nostro studio indicano che la gestione dei pazienti con IC da parte dei MMG in Italia si discosta dalle raccomandazioni delle LG. Tale fenomeno è più evidente per gli aspetti diagnostici, meno per quelli terapeutici: gli ACE-inibitori sono considerati ormai i farmaci d'elezione, dal largo utilizzo. Al contrario, per quel che concerne i betabloccanti, l'utilizzo è ancora non ottimale e limitato dalla preoccupazione dei possibili effetti collaterali. Dall'indagine sui bisogni e priorità emerge chiaramente il desiderio da parte dei MMG di maggiore interazione con il cardiologo ospedaliero ed un più libero accesso agli esami strumentali. Tale dato suggerisce che il comportamento dei MMG è condizionato, oltre che da limitata esperienza clinica, anche da aspetti organizzativi. In questo senso, appare auspicabile una riorganizzazione dei modelli assistenziali che favorisca programmi di gestione integrata ospedale/territorio[1].

Riassunto

Razionale. L'insufficienza cardiaca (IC) è uno dei maggiori problemi clinici e sociali che i sistemi sanitari sono chiamati ad affrontare. I medici di medicina generale (MMG) sono importanti nella gestione dei pazienti affetti da IC soprattutto per la possibilità di un precoce riconoscimento della malattia e l'adeguato trattamento a lungo termine. Scopo del presente lavoro è quello di valutare come i MMG in Italia diagnosticano e curano l'IC ed indagare sui principali ostacoli che incontrano al miglioramento del governo clinico della malattia.

Materiali e metodi. La valutazione dei comportamenti clinici e degli ostacoli principali è stata effettuata somministrando una versione modificata del questionario Euro-HF ad un campione nazionale di 385 MMG partecipanti ad incontri di aggiornamento professionale.

Risultati. Su un totale di 389 042 assistiti, i 385 MMG hanno dichiarato di curare 9263 pazienti con IC (prevalenza 2.4%, 24 pazienti con IC/medico). La diagnosi viene effettuata nel 14% solo in base ai sintomi, nel 57% in base ai sintomi e segni, solo il 12% dei MMG formula la diagnosi dopo conferma strumentale ed il 17% solo dopo parere specialistico. Il 42% dei MMG ha libero accesso alla prenotazione dell'ecocardiogramma mentre solo il 14% ha la possibilità di richiedere direttamente il dosaggio dei peptidi natriuretici. La percentuale di utilizzo dei farmaci è la seguente: diuretici 91% (diuretici dell'ansa 80%, tiazidici 11%), inibitori del sistema renina-angiotensina 87% (inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina 75%, AT1-inibitore 12%), digitale 34%, betabloccanti 33%, antialdosteronici 23%. I farmaci ritenuti a più alta probabilità di produrre effetti avversi sono i digitalici (51%), i betabloccanti (48%) ed i diuretici (47%), molto meno gli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (17%) e gli antialdosteronici (14%). Il 57% dei MMG consulta lo specialista cardiologo per attivare la terapia con betabloccanti, il 46% per il monitoraggio della terapia. Il 70% dei MMG ritiene soddisfacente la gestione dei pazienti con IC. Le priorità indicate dai MMG per migliorare la gestione dei pazienti con IC sono la possibilità di accesso diretto e rapido agli esami strumentali e alla consulenza specialistica. Ai cardiologi richiedono maggiore disponibilità di tempo ed una più chiara e dettagliata documentazione clinica.

Conclusioni. La gestione dell'IC nell'ambito della medicina generale è subottimale, soprattutto nell'approccio diagnostico e nell'utilizzo dei betabloccanti. Tale comportamento sembra in buona parte condizionato dagli aspetti organizzativi, quali la difficoltà di accesso diretto agli esami strumentali e di laboratorio, la difficile comunicazione con il cardiologo ospedaliero, la difficile interpretazione dei referti cardiologici.

Parole chiave: Betabloccanti; Gestione clinica; Insufficienza cardiaca; Medicina generale; Organizzazione sanitaria.

Appendice

Questionario sulla gestione dell'insufficienza cardiaca nell'ambito della medicina generale

Premessa

L'insufficienza cardiaca (IC) è una malattia grave, frequente e costosa. Le figure professionali coinvolte nella cura dei pazienti scompensati sono spesso molteplici e, tra esse, quella del medico di medicina generale ha un ruolo centrale ed insostituibile.

Ti proponiamo un questionario che ha lo scopo di:

a) "esplorare" il modo con cui usualmente formuli la diagnosi e tratti i pazienti con scompenso cardiaco;

b) valutare i tuoi bisogni per migliorare la cura dei pazienti con IC.

Il questionario è anonimo e non vi sono domande giuste o sbagliate. Le risposte devono soltanto rispecchiare, il più fedelmente possibile, il tuo modo di operare, gli eventuali bisogni o le difficoltà che incontri nella pratica quotidiana di gestione dei tuoi pazienti affetti da IC.

Grazie per la collaborazione.

Diagnosi

1) Per favore elenca i 3 sintomi e segni clinici che tu ritieni siano i più suggestivi di IC:

a) _____

b) _____

c) _____

2) Quando tu diagnostichi l'IC, in che percentuale di pazienti formuli la diagnosi secondo i seguenti criteri:

a) Solo sui sintomi: _____ %

b) Sui sintomi + segni clinici: _____ %

c) Solo dopo ulteriori indagini: _____%

d) Solo dopo il consulto con lo specialista: _____%

3) Quando tu investighi per una possibile IC quali test diagnostici esegui di ROUTINE? (Per favore segna TUTTI quelli che esegui)

	Quale test esegui di routine per la diagnosi?	A quale test hai accesso diretto senza una visita specialistica preliminare
ECG		
Rx torace		
Scintigrafia miocardica		
Ecocardiogramma		
Cateterismo cardiaco		
Prove spirometriche		
Ormoni natriuretici		
Altro		

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Wed, 09 Sep 2026, 00:15:46

Terapia

4) Quando sei tu a gestire prevalentemente la terapia, in che percentuale dei pazienti con IC prescrivi i seguenti farmaci?

- Diuretico dell'ansa (ad es. furosemide): _____%
- Diuretico tiazidico (ad. es. clortalidone): _____%
- Digitale (ad es. digossina): _____%
- ACE-inibitore (ad es. enalapril): _____%
- AT1-inibitore (ad es. losartan): _____%
- Betabloccante (ad es. carvedilolo) _____%
- Inibitore dell'aldosterone (ad es. spironolattone): _____%
- Anticoagulante (ad es. warfarin): _____%

5) Quali sono i farmaci che usi più comunemente nella maggior parte dei tuoi pazienti con IC. Per favore elenca il nome dei farmaci usati più comunemente e la DOSE TOTALE DI MANTENIMENTO GIORNALIERA più frequentemente utilizzata.

	Nome del principio attivo del farmaco	Dose media giornaliera di mantenimento
Diuretico dell'ansa		
Diuretico tiazidico		
Glucoside digitalico		
Betabloccante		
ACE-inibitore		
Inibitore dell'aldosterone		
Altro farmaco		

6) Per quale dei seguenti trattamenti ritieni vi sia la più convincente evidenza sull'efficacia nella riduzione dei sintomi o della mortalità nell'IC? Per favore segna TUTTI quelli per i quali ritieni sia applicabile la domanda.

	Controllo dei sintomi	Riduzione della mortalità
Diuretico dell'ansa		
Diuretico tiazidico		
Glucoside digitalico		
Betabloccante		
ACE-inibitore		
Inibitore dell'aldosterone		
Altro farmaco		

7) Ritieni che qualcuno dei seguenti trattamenti possa procurare rischi o effetti collaterali rilevanti nei pazienti con IC?

	Rischio rilevante	Effetti collaterali rilevanti
Diuretico dell'ansa		
Diuretico tiazidico		
Glucoside digitalico		
Betabloccante		
ACE-inibitore		
Inibitore dell'aldosterone		
Altro farmaco		

Management e bisogni

8) Per la gestione di quale/i tra i seguenti trattamenti farmacologici dell'IC, ritieni fondamentale il supporto dei medici specialisti (cardiologi)? Segna per favore TUTTI quelli per cui ritieni sia fondamentale il supporto.

	Per iniziare la terapia	Per la gestione in cronico della terapia
Diuretico dell'ansa		
Diuretico tiazidico		
Glucoside digitalico		
Betabloccante		
ACE-inibitore		
Inibitore dell'aldosterone		
Nessuno		

9) Ritieni soddisfacente la gestione dei tuoi pazienti con IC?
SI: _____
NO:_____

10) Indica quali sono, secondo il tuo giudizio, le priorità necessarie per una gestione "ottimale" dei pazienti con IC. Per favore segna con numeri progressivi indicando con 1 la più importante e così via al decrescere della priorità.

Libero accesso agli esami strumentali (ad es. ecocardiogramma)
"Snellimento" degli obblighi amministrativi (ad es. creazione di ambulatori specialistici con libero accesso ai medici di base)
Miglioramento della comunicazione con i medici specialistici (ad es. messa in rete dei referti)
Servizio di assistenza domiciliare
Riduzione delle liste d'attesa
Aumento delle risorse (ad es. posti letto ospedalieri)
Servizio di "nurses" per agevolare il monitoraggio dei pazienti a domicilio
Altro:

11) Indica, secondo il tuo giudizio cosa deve migliorare nel rapporto con i cardiologi, per una gestione "ottimale" dei pazienti con IC. Per favore segna con numeri progressivi indicando con 1 la priorità più importante e così via in base al decrescere della priorità.

Miglior comprensione degli aspetti fisiopatologici e clinici della malattia
Snellimento degli obblighi amministrativi (ad es. ambulatori dedicati ad accesso diretto)
Miglioramento della comunicazione (ad es. referti più dettagliati)
Miglior comprensione della gestione terapeutica
Miglior comprensione della prognosi
Altro:

Anno di Laurea: _____
Da quanti anni pratichi la medicina di base: _____
Medicina di Gruppo: SI NO
Quanti assistiti hai (n. approssimativo): _____
Quanti dei tuoi assistiti soffrono di IC (n. approssimativo)?: _____
Ambito geografico in cui lavori: Città: ____ Paese: ____
Nell'ospedale di riferimento esiste un Reparto di Cardiologia?:
SI NO
Nell'ospedale di riferimento esiste un Ambulatorio dello Scompenso?:
SI NO

Bibliografia

1. Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. G Ital Cardiol 2006; 7: 383-432.
2. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Wed, 09 Sep 2026, 00:15:46

More "malignant" than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. Eur J Heart Fail 2001; 3: 315-22.
3. Hunt SA. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). J Am Coll Cardiol 2005; 46: e1-e82.
4. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur J Heart Fail 2008; 10: 933-89.
5. Cleland JG, Swedberg K, Follath F, et al; Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The EuroHeart Failure survey programme - a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. Eur Heart J 2003; 24: 442-63.
6. Komajda M, Follath F, Swedberg K, et al; Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The EuroHeart Failure Survey programme - a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. Eur Heart J 2003; 24: 464-74.
7. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. Eur Heart J 2005; 26: 1653-9.
8. Hobbs FD, Jones MI, Allan TF, Wilson S, Tobias R. European survey of primary care physician perceptions on heart failure diagnosis and management (Euro-HF). Eur Heart J 2000; 21: 1877-87.
9. Gnani S, Gray J, Khunti K, Majeed A. Managing heart failure in primary care: first steps in implementing the National Service Framework. J Public Health (Oxf) 2004; 26: 42-7.
10. Rutten FH, Grobbee DE, Hoes AW. Differences between general practitioners and cardiologists in diagnosis and management of heart failure: a survey in every-day practice. Eur J Heart Fail 2003; 5: 337-44.
11. Fuat A, Hungin AP, Murphy JJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. BMJ 2003; 326: 196.
12. Khunti K, Hearnshaw H, Baker R, Grimshaw G. Heart failure in primary care: qualitative study of current management and perceived obstacles to evidence-based diagnosis and management by general practitioners. Eur J Heart Fail 2002; 4: 771-7.
13. Cleland JG, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al; IMPROVEMENT of Heart Failure Programme Committees and Investigators. Improvement programme in evaluation and management; Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. Lancet 2002; 360: 1631-9.
14. James PA, Cowan TM, Graham RP, Jaén CR, Majeroni BA, Schwartz JS. Heart failure in primary care: measuring the quality of care. J Fam Pract 1999; 48: 790-8.
15. Horne R, Coombes I, Davies G, Hankins M, Vincent R. Barriers to optimum management of heart failure by general practitioners. Br J Gen Pract 1999; 49: 353-7.
16. Philbin EF, Jenkins PL. Differences between patients with heart failure treated by cardiologists, internists, family physicians, and other physicians: analysis of a large, statewide database. Am Heart J 2000; 139: 491-6.
17. Ceia F, Fonseca C, Mota T, et al. Aetiology, comorbidity and drug therapy of chronic heart failure in the real world: the EPICA substudy. Eur J Heart Fail 2004; 6: 801-6.
18. McMurray JJ, Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. Heart 2000; 83: 596-602.
19. Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. Ann Fam Med 2009; 7: 309-18.
20. Morgan MW, Zamora NE, Hindmarsh MF. An inconvenient truth: a sustainable healthcare system requires chronic disease prevention and management transformation. Healthc Pap 2007; 7: 6-23.
21. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? Ann Intern Med 2003; 138: 256-61.
22. Remme WJ, McMurray JJ, Rauch B, et al. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. Eur Heart J 2005; 26: 2413-21.
23. Mant J, Doust J, Roalfe A, et al. Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. Health Technol Assess 2009; 13: 1-207.
24. Doughty RN, Rodgers A, Sharpe N, MacMahon S. Effects of beta-blocker therapy on mortality in patients with heart failure. A systematic overview of randomized controlled trials. Eur Heart J 1997; 18: 560-5.
25. Cleland JG, McGowan J, Clark A, Freemantle N. The evidence for beta blockers in heart failure. BMJ 1999; 318: 824-5.
26. Cioffi G, Stefenelli C. Tollerabilità ed effetti clinici del carvedilolo nel paziente anziano ultrasettantenne con insufficienza cardiaca cronica associata a disfunzione sistolica ventricolare sinistra. Ital Heart J Suppl 2001; 2: 1319-29.
27. Opasich C, Boccanelli A, Cafiero M, et al; BRING-UP 2 Investigators. Programme to improve the use of beta-blockers for heart failure in the elderly and in those with severe symptoms: results of the BRING-UP 2 Study. Eur J Heart Fail 2006; 8: 649-57.
28. Spaeder J, Najjar SS, Gerstenblith G, et al. Rapid titration of carvedilol in patients with congestive heart failure: a randomized trial of automated telemedicine versus frequent outpatient clinic visits. Am Heart J 2006; 151: 844.e1-10.
29. Moyer-Knox D, Mueller TM, Vuckovic K, Mischke L, Williams RE. Remote titration of carvedilol for heart failure patients by advanced practice nurses. J Card Fail 2004; 10: 219-24.
30. Antonicelli R, Testarmata P, Spazzafumo L, et al. Impact of telemonitoring at home on the management of elderly patients with congestive heart failure. J Telemed Telecare 2008; 14: 300-5.
31. Ansari M, Alexander M, Tutar A, Bello D, Massie BM. Cardiology participation improves outcomes in patients with new-onset heart failure in the outpatient setting. J Am Coll Cardiol 2003; 41: 62-8.
32. Laramee AS, Levinsky SK, Sargent J, Ross R, Callas P. Case management in a heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. Arch Intern Med 2003; 163: 809-17.
33. Jaarsma T, van der Wal MH, Lesman-Leegte I, et al; Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH) Investigators. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). Arch Intern Med 2008; 168: 316-24.
34. Del Sindaco D, Pulignano G, Minardi G, et al. Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure. J Cardiovasc Med 2007; 8: 324-9.
35. Phillips SM, Marton RL, Tofler GH. Barriers to diagnosing and managing heart failure in primary care. Med J Aust 2004; 181: 78-81.