- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.82 Tue, 17 Feb 2026, 04:18:54

La personalizzazione del follow-up nel paziente con scompenso cardiaco cronico: è giunto il momento di parlarne

Michele Senni[1], Alessandro Filippi[2]

[1]Dipartimento Cardiovascolare Clinico e di Ricerca, Ospedali Riuniti, Bergamo; Chairman Area Scompenso dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), [2]Area Cardiovascolare, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Firenze

Key words:
Chronic heart failure; Continuity of care; Follow-up; Primary care; Risk stratification.

Decreasing hospital readmissions in heart failure (HF) patients represents the primary goal of HF management to improve patient survival and quality of life and resource use. The wide Italian network of outpatient HF clinics may play a pivotal role in achieving this aim through the appropriate implementation of tailored patient follow-up. This tool rests on accurate risk stratification to identify complex unstable patients who should be referred to an HF clinic. Patient selection is crucial for an appropriate allocation of scarce specialist resources, but data from the IN-HF Registry demonstrate that it is currently inadequate. Over one third of patients followed up at the network of outpatient HF clinics for at least 2 years are stable, at low clinical complexity, showing significantly lower mortality and readmission rates than those of unstable patients.

This document, promoted by the Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO) Working Group on Heart Failure, summarizes the opinions of leading experts on the best use of clinical evaluation and laboratory testing to help the cardiologist plan a rational follow-up strategy tailored to the individual needs of each HF patient.

(G Ital Cardiol 2010; 11 (5 Suppl 2): 5S-7S)

© 2010 AIM Publishing Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Michele Senni

Dipartimento Cardiovascolare Clinico e di Ricerca Ospedali Riuniti Largo Barozzi, 1 24128 Bergamo E-mail: msenni@ospedaliriuniti.bergamo.it

Lo scompenso cardiaco (SC) è il modello paradigmatico delle patologie che oggi rappresentano una sfida per i servizi sanitari dei paesi occidentali. Da un lato, infatti, a causa del progressivo aumento dei fattori di rischio cardiovascolare e dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza delle malattie croniche sta assumendo un andamento epidemico, dall'altro i progressi nelle tecnologie biomediche trasformano malattie, un tempo rapidamente letali, in patologie a lunga sopravvivenza che necessitano tuttavia di terapie croniche e regolari controlli. La transizione epidemiologica da quadri di monopatologie acute a rapida risoluzione all'esplosione di comorbilità multiple in pazienti sempre più anziani incrementa inesorabilmente l'assorbimento di risorse e mette a rischio la sostenibilità della spesa sanitaria ove il sistema non si dimostri pronto a fronteggiare questa trasformazione strutturale.

Se la prevenzione ed il miglioramento delle cure hanno determinato un calo della prevalenza delle malattie cardiovascolari ed un miglioramento della prognosi, contribuendo per il 70% all'allungamento della vita media delle persone, la prevalenza dello SC è in forte crescita ed ha raggiunto l'1.5-2% della popolazione nel mondo occidentale, con un aumento esponenziale con l'avanzare dell'età[1-3]. Lo SC rappresenta una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita e sull'assorbimento di risorse. La mortalità dei pazienti con SC, pur se in lieve miglioramento, rimane 6-7 volte più alta che nella popolazione generale di pari età: solo il 35% dei pazienti è vivo a 5 anni dalla prima diagnosi di SC[4]. I costi diretti dello SC sono elevati e rappresentano il 2% della spesa sanitaria globale, relativi per il 70-80% all'assistenza ospedaliera. L'analisi dei ricoveri con DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) mostra che lo SC è divenuto in Italia la prima causa di ricovero ospedaliero dopo il parto naturale. Inoltre, il 30% delle ospedalizzazioni è rappresentato da ricoveri ripetuti, in costante aumento nel tempo. Poiché ogni nuovo ricovero si traduce in alterazioni emodinamiche e danni strutturali miocardici, responsabili di un progressivo peggioramento della prognosi, ridurre il numero delle riospedalizzazioni rappresenta un obiettivo primario che potrebbe da solo consentire significativi miglioramenti della sopravvivenza e della qualità di vita e un più razionale utilizzo delle risorse.

Dalla nascita del Registro IN-HF dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) nel 1995, il numero degli ambulatori dedicati allo SC afferenti al network è progressivamente cresciuto, arrivando a superare 20 000 pazienti inseriti nel database.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.82 Tue, 17 Feb 2026, 04:18:54

Punti chiave

- Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta una delle patologie croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita e sull'assorbimento di risorse.
- La riduzione delle riospedalizzazioni, che determinano danni strutturali miocardici responsabili di un progressivo peggioramento della prognosi, rappresenta un obiettivo primario.
- L'ambulatorio dedicato allo SC rappresenta la sede ideale per la stratificazione prognostica attraverso la valutazione multiparametrica del paziente e la personalizzazione del follow-up.
- L'ambulatorio dedicato allo SC è il luogo di cura appropriato per il paziente ad elevata complessità clinica, a prognosi severa, rischio di morte improvvisa, e un'alta probabilità di instabilizzazioni cliniche e complicanze.
- Questo documento intende stimolare il cardiologo a modificare l'approccio al follow-up ambulatoriale del paziente con SC cronico, da quello tradizionale, basato sull'esperienza del singolo medico, a quello più moderno e funzionale agli eterogenei fenotipi clinici e all'ampio ventaglio di scelte terapeutiche che si osservano negli ambulatori dedicati allo SC.

Questa vasta rete di ambulatori rappresenta per il Servizio Sanitario Nazionale una preziosa risorsa e può essere determinante nel raggiungere una riduzione significativa delle riospedalizzazioni per SC.

La personalizzazione del follow-up è lo strumento essenziale per la gestione dei pazienti con SC e deve essere raggiunta attraverso l'attenta valutazione del livello di rischio individuale e l'impostazione di un corretto e rigoroso percorso diagnostico e terapeutico medico, interventistico o chirurgico, incluso, ove indicato, il trapianto cardiaco. La stratificazione prognostica è più accurata dopo un adeguato periodo di ottimizzazione della terapia, al termine del quale una rivalutazione clinica, ecocardiografica e laboratoristica permetterà di valutare la gravità della malattia e stimare il rischio individuale di sviluppare eventi nel follow-up.

Sebbene nelle recenti linee guida la valutazione della prognosi sia riconosciuta come uno degli elementi chiave nella gestione clinica dello SC, essa ne rappresenta uno degli aspetti più controversi. Esiste a tutt'oggi la necessità di una guida chiara su come identificare i pazienti ad alto, medio e basso rischio, che non può identificarsi con un numero magico proveniente da un singolo *score* o dato di laboratorio o ecocardiografico, ma deve risultare dalla valutazione complessiva e probabilmente multiparametrica del singolo paziente, alla quale si candida come sede ideale l'ambulatorio dedicato allo SC. Questa struttura è il luogo di cura appropriato per il paziente ad elevata complessità clinica e difficile gestione ambulatoriale, a prognosi severa, con un rischio non sempre prevedibile di morte improvvisa, e un'alta probabilità di instabilizzazioni cliniche e complicanze, talora con necessità di ricovero. La presa in carico specialistica della globalità dei pazienti con SC appare oggi insostenibile, sia per l'enorme carico di lavoro, sia per la dubbia opportunità di un utilizzo generalizzato, non mirato ai casi più complessi, delle competenze specialistiche del personale medico ed infermieristico degli ambulatori dedicati.

Tuttavia, dati preliminari dal Registro IN-HF mostrano come la selezione dei pazienti che meglio si giovano dell'assistenza dell'ambulatorio dedicato sia del tutto imperfetta. Fra 2555 pazienti seguiti da almeno 2 anni negli ambulatori dedicati della rete, il 33% era clinicamente stabile[5], a ridotta complessità, a bassa e stabile classe funzionale, in terapia per lo SC invariata, con una percentuale significativamente più bassa di mortalità (1.5 vs 6%, $p < 0.001$) e ricoveri cardiovascolari (7 vs 14%, $p < 0.001$), rispetto a pazienti non stabili e ad elevata complessità.

In molti ambulatori, durante questi anni, si è arrivati alla saturazione degli spazi dedicati da parte di un gran numero di pazienti nei quali si è già raggiunta la stabilità clinica con l'ottimizzazione della terapia medica o mediante dispositivi, generando una situazione in cui le competenze specialistiche non vengono più sfruttate al meglio. In letteratura, la collaborazione nella gestione del paziente con SC ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza rispetto ad un follow-up gestito unicamente dai cardiologi oppure dai medici di medicina generale (MMG)[6]. È opportuno ricordare che la maggioranza dei pazienti con SC non è seguita dagli ambulatori dedicati: liberare risorse "specialistiche" consentirebbe ai cardiologi di poter fornire a questi soggetti supporto e consulenza nei momenti di inquadramento diagnostico, stratificazione prognostica e impostazione terapeutica e in caso di instabilizzazione.

Come già sottolineato nel documento intersocietario di consenso sul percorso assistenziale del paziente con SC[7], è da ricordare che, nel nostro Servizio Sanitario, il MMG ha la responsabilità complessiva delle cure per tutti i pazienti non ospedalizzati. Vi è quindi la necessità di ricercare, seppur gradualmente, soluzioni assistenziali condivise fra cure primarie e specialistiche, con presa in carico del malato stabile da parte del MMG, con il supporto degli specialisti e degli altri operatori sanitari, anche a livello distrettuale o direttamente a domicilio, in caso di livello di rischio elevato o molto elevato. Il paziente stabile con SC lieve-moderato dovrebbe essere quindi "in carico" al MMG con controlli periodici, ricorrendo ove necessario alla consulenza specialistica. Ancora una volta nel processo di collaborazione tra cardiologo e MMG assume un ruolo cruciale la valutazione prognostica e del livello di stabilità clinica individuale, un processo dinamico che, in base alle condizioni e alle necessità del paziente, indica quando la gestione può essere effettuata nell'ambito delle cure primarie, quando è necessaria la consulenza specialistica o quando il cardiologo deve prendere-riprendere "in carico" il paziente e per quanto tempo. Per quanto riguarda l'aspetto specifico del riaffidamento al MMG di pazienti stabili seguiti dagli ambulatori dedicati allo SC, può rappresentare un modello l'esperienza dei diabetologi nella gestione integrata del paziente adulto con diabete di tipo 2 che demandano al MMG il paziente diabetico stabile a lieve-moderata gravità.

Ad oggi non sono disponibili studi prospettici randomizzati, multicentrici che abbiano comparato tra di loro le diverse metodiche per la stadiazione prognostica, quali la valutazione clinica, l'utilizzo di dati di laboratorio o strumentali. Questo documento, nato per iniziativa dell'Area Scompenso dell'ANMCO, si propone di fornire, da parte di

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.82 Tue, 17 Feb 2026, 04:18:54

esperti riconosciuti, lo stato dell'arte nei differenti ambiti clinico-strumentali, evidenziandone luci ed ombre nell'intento di aiutare il cardiologo a rendere il follow-up il più possibile appropriato alle necessità del singolo paziente con SC cronico. A nostra conoscenza lo sforzo compiuto rappresenta il primo tentativo in letteratura di documento sulla personalizzazione del follow-up del paziente con SC. Il documento non intende imporre soluzioni conclusive, ma identificare linee di indirizzo generali, sulla base della letteratura e dell'esperienza degli autori. Il documento andrà calato nelle realtà locali, tenendo conto della loro storia, delle risorse umane e strutturali, delle disponibilità ed accessibilità alle metodiche per la stadiazione prognostica. È arrivato comunque il momento di cambiare l'approccio al follow-up ambulatoriale del paziente con SC cronico, da quello tradizionale, basato sull'esperienza del singolo medico, a quello più moderno e funzionale agli eterogenei fenotipi clinici e all'ampio ventaglio di scelte terapeutiche che si osservano negli ambulatori dedicati allo SC. Questa proposta va considerata preliminare al disegno di uno studio clinico prospettico, multicentrico, randomizzato di confronto tra le varie metodologie, singole o associate, nel predire gli esiti clinici ed a successive valutazioni del rapporto costo/efficacia delle modalità individualizzate di follow-up.

È certamente auspicabile una partecipazione strutturata dei MMG all'interno del Progetto IN-HF on line (http://www.anmco.it/inchf/online.html), come primo passo verso una gestione razionale e condivisa del paziente con SC.

Per il momento ci auguriamo soltanto che questo documento possa essere utile nella pratica di tutti giorni e potremo dire di aver avuto successo se verrà consultato spesso da chi opera negli ambulatori per lo SC.

Riassunto

La riduzione delle riospedalizzazioni nel paziente con scompenso cardiaco (SC) cronico rappresenta un obiettivo primario in grado da solo di consentire un miglioramento della sopravvivenza, della qualità di vita e dell'utilizzo delle risorse. La vasta rete italiana di ambulatori dedicati allo SC può essere determinante nel raggiungere tale obiettivo utilizzando, come strumento comune, la personalizzazione del follow-up, fondata su una corretta stratificazione prognostica volta a identificare il paziente instabile, ad elevata complessità clinica che deve essere seguito dall'ambulatorio per lo SC. La selezione di questi pazienti è di fondamentale importanza, sia perché la presa in carico specialistica della globalità dei pazienti con SC appare oggi insostenibile sia per il più appropriato uso delle competenze specialistiche. Tuttavia, dati del Registro IN-HF dimostrano che tale selezione è inadeguata: oltre un terzo dei pazienti, seguiti da almeno 2 anni negli ambulatori per lo SC della rete, sono stabili, a ridotta complessità, con mortalità e frequenza di ospedalizzazioni basse e significativamente inferiori a quelle dei soggetti instabili.

Questo documento, promosso dall'Area Scompenso dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), raggruppa le proposte di esperti del settore sull'utilizzo di diverse metodiche (valutazione clinica, biomarcatori, ecocardiografia) per aiutare il cardiologo a razionalizzare e rendere il follow-up il più possibile appropriato alle necessità del singolo paziente con SC.

Parole chiave: Continuità assistenziale; Follow-up; Medicina generale; Scompenso cardiaco cronico; Stratificazione prognostica.

Ringraziamenti

Si ringrazia Marco Gorini del Centro Studi ANMCO per il contributo fornito nell'analisi dei dati del Registro IN-HF.

Bibliografia

1. Redfield MM. Heart failure - an epidemic of uncertain proportions. N Engl J Med 2002; 347: 1442-4.
2, Hoes AW, Mosterd A, Grobbee DE. An epidemic of heart failure? Recent evidence from Europe. Eur Heart J 1998; 19 (Suppl L): L2-L9.
3. Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, et al. Congestive heart failure in the community: a study of all incident cases in Olmsted County, Minnesota, in 1991. Circulation 1998; 98: 2282-9.
4. McMurray JJ, Stewart S. Heart failure. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. Heart 2000; 83: 596-602.
5. Stevenson LW, Sietsema K, Tillisch JH, et al. Exercise capacity for survivors of cardiac transplantation or sustained medical therapy for stable heart failure. Circulation 1990; 81: 78-85.
6. Ahmed A, Allman RM, Kiefe CI, et al. Association of consultation between generalists and cardiologists with quality and outcomes of heart failure care. Am Heart J 2003; 145: 1086-93.
7. Consensus Conference: Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. G Ital Cardiol 2006; 7: 381-432.