

Appendice C Percorsi

(Ital Heart J Suppl 2003; 4 (11): 917-921)

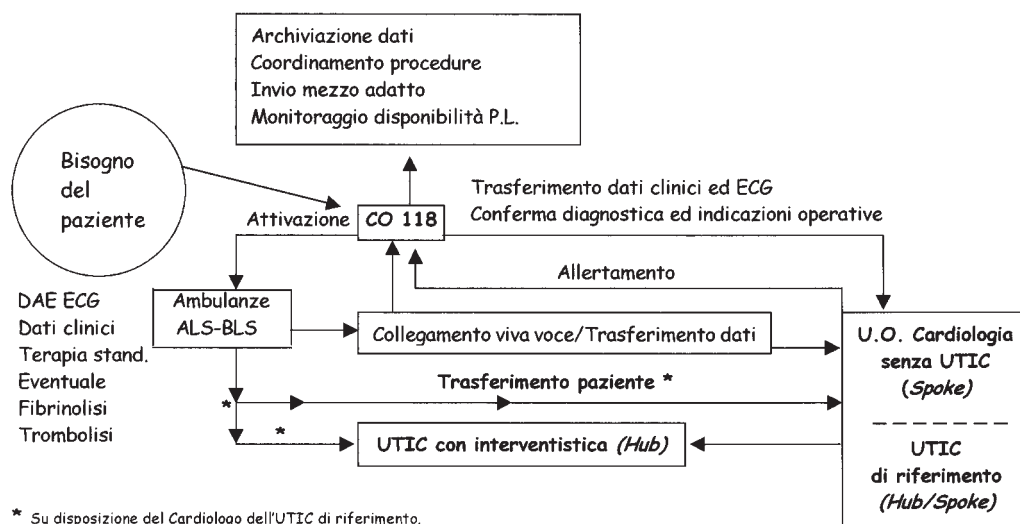
PERCORSI PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI CON DOLORE TORACICO

L'accesso alle Strutture di Pronto Soccorso di pazienti con dolore toracico rappresenta circa il 12% degli accessi globali, ai quali vanno aggiunti, difficilmente quantizzabili, i pazienti con sintomi equivalenti di ischemia (dispnea, sudorazione, lipotimia-sincope, insufficienza ventricolare sinistra, sintomi gastrointestinali). Un corretto approccio al problema serve ad identificare i pazienti a rischio e ridurre così le dimissioni o i ricoveri inappropriati (per qualità del ricovero e per qualità della Struttura assistenziale). La realizzazione di questi percorsi all'interno di ogni Ospedale può avvenire con modalità organizzative diverse (dal *Chest Pain Project*, al reparto di osservazione breve dedicato, alla *Chest Pain Unit*), ma devono essere ben definiti, esplicitati e, soprattutto, concordati tra i Cardiologi dell'Ospedale (o della Rete, se Ospedali senza Cardiologia) e i Medici del Pronto Soccorso, della Medicina d'Urgenza e del 118.

PERCORSO DEL PAZIENTE CON SINDROME CORONARICA ACUTA

Il percorso del paziente con sindrome coronarica acuta deve essere formalmente governato da protocolli locali ma, di massima, è il seguente:

- Unità Operativa di Cardiologia che effettua la valutazione del paziente e avvia l'iter diagnostico-terapeutico (*Spoke*);
- eventuale trasferimento protetto all'Unità Operativa di riferimento dotata di Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) (*Hub*). Se questa è sprovvista di Interventistica (svolge funzione di *Spoke* per tale percorso), il Cardiologo ivi operante può disporre, in casi selezionati ed in base a protocolli concordati e condivisi, il trasferimento diretto all'UTIC dotata di Interventistica (*Hub*);
- erogazione della terapia più appropriata;
- verifica della stabilità clinica del paziente presso il Centro *Hub*;
- rientro alla Struttura Cardiologica di riferimento (in funzione del grado di stabilizzazione e/o gravità del quadro clinico è ipotizzabile in alternativa il trasferimento alla



Struttura di Riabilitazione di riferimento – *Hub* – per i casi più complessi e critici).

Nell'ambito della gestione del paziente in emergenza, si possono identificare situazioni cliniche-strumentali diverse.

Sindrome coronarica acuta con sopraslivellamento del tratto ST

La necessità di ottimizzare i tempi di intervento è un obiettivo primario. Comporta la razionalizzazione, al massimo livello, dei rapporti tra le Unità Operative di Cardiologia, i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e il servizio di primo soccorso pre-ospedaliero del 118 (il 50% dei decessi avviene prima dell'ospedalizzazione).

I seguenti punti sono cruciali:

- la precocità dell'intervento terapeutico;
- terapia riperfusiva prima possibile;
- l'angioplastica coronarica costituisce la procedura di scelta nei pazienti ad alto rischio (in base a variabili cliniche e protocolli concordati localmente), nel caso di controindicazione alla trombolisi e in caso di shock cardiogeno, insieme alla rivascolarizzazione chirurgica. La procedura di angioplastica coronarica è da eseguirsi entro 90 minuti dal primo contatto medico; in caso di shock entro e non oltre le 36 ore dall'insorgenza dell'infarto miocardico acuto e non oltre 18 ore dall'insorgenza della sindrome;
- l'angioplastica coronarica di salvataggio, in casi selezionati, è ugualmente considerata procedura raccomandata, in particolare in caso di segni di mancata riperfusione: mancata riduzione del sopraslivellamento del tratto ST a 90 minuti dalla terapia, persistenza di angina e/o deterioramento emodinamico;
- il ricorso alla fibrinolisi preospedaliera è pure fortemente raccomandato in presenza di una specifica organizzazione, con personale medico ed infermieristico adeguatamente preparato, e di una diagnostica garantita ed accertata.

Sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST

- Monitoraggio continuo delle 12 derivazioni ECG.
- Monitoraggio della troponina.
- Stratificazione del rischio.
- Terapia antitrombotica piena in base al rischio.
- Coronarografia e rivascolarizzazione miocardica nei casi indicati.

Dal punto di vista organizzativo sono necessari:

- individuazione di un'area critica ospedaliera diagnostica per la prima valutazione;
- in caso di situazione definita ad alto rischio obbligo di invio in UTIC;
- possibilità di eseguire la determinazione di troponina (I o T). Il Laboratorio dell'Ospedale deve dotarsi dei si-

stemi documentali per certificare lo standard delle procedure;

- la presenza contemporanea di sintomatologia stenocardica e positività della troponina è elemento sufficiente alla conferma diagnostica;
- disponibilità in sede e continuativa di ecocardiografo con le relative competenze cardiologiche;
- nelle situazioni definite a basso rischio è raccomandato procedere alle valutazioni non invasive in tempi rapidi, idealmente prima della dimissione.

PERCORSO DEL CARDIOPATICO OPERATO VERSO LA RIABILITAZIONE

Il percorso del cardiopatico operato verso la Riabilitazione è il seguente:

- Unità Operativa di Cardiologia che avvia l'iter diagnostico-terapeutico (*Spoke*);
- Centro Cardiochirurgico (*Spoke*);
- Struttura di Riabilitazione di riferimento (*Hub*);
- garanzia di accettazione o ripresa in cura dell'Unità Operativa di Cardiologia che ha avviato l'iter e che organizza un follow-up in regime ambulatoriale a 30 giorni, 6 mesi, 1 anno.

È compito del Comitato Cardiologico di Coordinamento codificare una modulistica che descriva le motivazioni di invio dei pazienti. Tali moduli, pur sintetici, devono contenere elementi adeguati ad un utilizzo a fini di *audit* del percorso e devono dimostrare la condivisione delle decisioni terapeutiche assunte.

PERCORSO DEL PAZIENTE CARDIOPATICO CONGENITO

Il percorso del paziente cardiopatico congenito è il seguente:

- valutazione del paziente presso l'UTIC/Neonatologia di riferimento;
- eventuale trasferimento concordato al Centro di riferimento sovraprovinciale/regionale (*Hub*);
- follow-up presso il Centro *Hub* di Cardiologia Pediatrica (informativa allo *Spoke*).

Gli obiettivi diagnostici e terapeutici relativi alle cardiopatie congenite sono essenzialmente quelli di:

- eseguire una diagnosi quanto più precoce possibile delle anomalie strutturali e/o funzionali congenite dell'apparato cardiovascolare e di effettuare un trattamento quanto più tempestivo possibile così da migliorare la prognosi a lungo termine del paziente e favorire un suo corretto inserimento nel tessuto sociale;
- seguire nel tempo i pazienti cardiopatici sottoposti a trattamento medico, interventistico e/o chirurgico così da ridurre la morbidità e mortalità cronica legata a sequele e/o complicanze tardive delle terapie iniziali.

L'iter diagnostico iniziale si avvale di tecniche non invasive di base, quali la radiografia, l'elettrocardiografia e l'ecocardiografia, completate spesso dal cateteri-

smo cardiaco, utile sia per una definizione anatomica, sia per una valutazione funzionale della malformazione cardiaca. In casi specifici, infine, il corretto inquadramento diagnostico si avvale anche di tecniche di imaging non routinarie, quali la tomografia computerizzata, la risonanza magnetica nucleare e la scintigrafia, che permettono di fornire informazioni anatomo-funzionali ulteriori per il chiarimento diagnostico e l'orientamento terapeutico.

Un preciso inquadramento diagnostico costituisce un presupposto essenziale per un successivo tempestivo e corretto trattamento delle anomalie morfo-funzionali dell'apparato cardiovascolare. La terapia non chirurgica si basa su presidi farmacologici sempre più aggiornati e, soprattutto, su tecniche di intervento percutaneo mediante cateterismo cardiaco. Grazie ai significativi progressi tecnologici, infatti, questa metodica ha assunto un ruolo di primo piano anche nella terapia palliativa o correttiva delle malformazioni cardiache, ponendosi come valida alternativa alla terapia chirurgica.

Pertanto, i pazienti in cui sia presente un sospetto di cardiopatia congenita saranno inviati a Centri Ospedalieri (*Spoke*) in cui sarà possibile effettuare uno screening di base della cardiopatia mediante accertamenti diagnostici non invasivi (clinica, elettrocardiografia, ecocardiografia). Per cardiopatie congenite complesse o in cui sia necessario l'approfondimento diagnostico e/o l'utilizzo di presidi terapeutici medici, il paziente sarà inviato a Centri *Hub* di riferimento in cui sia possibile non solo l'approfondimento diagnostico, ma anche la completa valutazione morfo-funzionale e la stratificazione del rischio aritmico. Nei casi in cui la complessità della patologia o il particolare stato clinico del paziente richiede attenta sorveglianza dell'evoluzione della cardiopatia, sarà necessario il ricorso alle Strutture di riferimento avanzate della Rete, Strutture nelle quali sia possibile anche l'effettuazione di procedure interventistiche in campo emodinamico o elettrofisiologico.

PERCORSO PER LA TERAPIA CHIRURGICA DELLE CARDIOPATIE CONGENITE

L'obiettivo principale consiste nel risolvere congiuntamente, in maniera parziale o completa, le diverse malformazioni congenite del cuore concentrando l'attività in Strutture di alta specialità in grado di affrontare tutto lo spettro delle cardiopatie congenite (incluse quelle complesse del neonato) con un'attività chirurgica minima di 200 interventi a cuore aperto per anno.

È opportuno che il team cardiocirurgico sia sempre affiancato in maniera stabile da Anestesisti con esperienza di terapia intensiva anche neonatale. La Struttura dovrà inoltre essere attrezzata per l'assistenza meccanica dei bambini con insufficienza respiratoria/cardiaca non trattabile con terapie convenzionali.

Per tutti i pazienti in cui sia necessario il ricorso a terapia chirurgica, sia pure di tipo palliativo, è sempre

necessario il ricorso a Centri *Hub* che confermino la diagnosi e che completino l'iter diagnostico preoperatorio. Per cardiopatie semplici, non complicate, sottoposte ad interventi chirurgici, il follow-up postoperatorio sarà di pertinenza dei Centri *Spoke*; sarà invece di pertinenza dei Centri *Hub* per cardiopatie complesse, ovvero con residui o sequele di rilevanza clinica e funzionale, e comunque in tutti i casi in cui anche dopo la primaria correzione sia necessario il ricorso ad ulteriori interventi chirurgici o sia comunque necessario il ricorso a procedure interventistiche emodinamiche o elettrofisiologiche.

PERCORSO PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA NEL BAMBINO CARDIOPATICO

La presenza di una cardiopatia, indipendentemente dalla sua gravità, è spesso considerata sinonimo di "invalidità" ed il soggetto affetto è emarginato dalle normali attività, con conseguenti importanti ripercussioni sia fisiche che psicologiche. Negli ultimi anni, l'ampliamento delle conoscenze scientifiche ha chiarito che l'esercizio fisico, opportunamente dosato, può essere considerato una misura terapeutica, sia preventiva che curativa nell'ambito delle patologie cardiache, per i suoi benefici effetti dal punto di vista strutturale, funzionale e psicologico. Il miglioramento, inoltre, degli standard diagnostici e terapeutici dei Centri di Cardiologia e Cardiochirurgia ha permesso a molti pazienti con patologie croniche debilitanti di condurre una vita normale con tutte le esigenze che essa impone, e tra queste sicuramente la pratica di un'attività fisica. Tale compito può essere svolto presso la Divisione di Cardiologia, come anche presso i Centri di Cardiologia Pediatrica *Hub* agendo in collaborazione con i Pediatri di famiglia, i Centri *Spoke*, gli Operatori sanitari della medicina scolastica e soprattutto con i Centri Territoriali di Medicina dello Sport, nella valutazione funzionale di soggetti con cardiopatie congenite operate o in storia naturale, al fine di concedere o meno l'idoneità fisica allo sport, stabilirne il tipo, la durata dell'impegno settimanale ed il tempo di validità della certificazione richiesta.

La gestione dei pazienti in cui sia stata richiesta l'idoneità per l'esercizio fisico è di specifica competenza dei Centri di riferimento sovraprovinciale.

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE SCOMPENSATO

Nell'ambito della Rete Cardiologica è fondamentale una gestione che dia continuità assistenziale al paziente scompensato.

Il percorso del paziente con scompenso è il seguente:

- valutazione periodica da parte del Medico di Medicina Generale;

- accessi programmati alla Struttura di riferimento ambulatoriale presso le UTIC/Cardiologie;
- presa in carico per Day Hospital terapeutico per terapie infusive e programmi di training;
- periodi di ricovero presso Strutture di Riabilitazione con degenza per fasi di instabilizzazione ed educazione motoria;
- rientro presso Medici di Medicina Generale;
- ricovero presso l'UTIC o Settore Cardiologico di degenza per scompenso complicato;
- per i pazienti con scompenso instabile e refrattario in lista per trapianti va previsto l'accesso alle Unità di Cura Intensiva presso il Centro Trapianti – previa valutazione da parte dell'UTIC di riferimento territoriale.

Uno schema operativo assistenziale dello scompenso cardiaco potrebbe essere articolato come segue:

1) *utilizzo dell'UTIC per fasi di instabilizzazione.* Nell'UTIC dovrebbero essere ricoverati i pazienti con scompenso refrattario o altamente instabile, candidati al trapianto cardiaco o affetti da cardiopatie acute con gravi disfunzioni di pompa potenzialmente risolvibili, o pazienti in circolazione assistita che necessitino di stretta vigilanza e di un possibile reintervento cardiocirurgico. La Struttura deve essere dotata di attrezzature per contropulsazione e ultrafiltrazione (in questo contesto la disponibilità dell'UTIC per questo tipo di paziente si identifica con la funzione di Unità Intensiva per lo Scompenso);

2) *utilizzo della degenza cardiologica correlata all'UTIC* per pazienti instabili ma non refrattari, in lista o non in lista per trapianto cardiaco; per lo più pazienti con scompenso de novo in fase di valutazione o pazienti con scompenso cronico instabilizzati per una qualunque causa contingente. Questo tipo di degenza afferirebbe a letti con possibilità di controllo telemetrico elettrocardiografico e di monitoraggio emodinamico al letto mediante apparecchiature mobili, oltre a possedere la consueta attrezzatura diagnostica cardiologica. Svolge la funzione di unità intermedia per lo scompenso e deve essere funzionalmente collegata con un Centro Trapianti;

3) *Ambulatori dedicati e Day Hospital* per lo scompenso cardiaco operanti nelle Strutture Ospedaliere dotate di UTIC e di degenza correlata, costituirebbero nella Rete un riferimento per l'assistenza non degenziale. Queste Strutture Ambulatoriali sono il punto di riferimento consulenziale per tutti i Medici che richiedessero un approfondimento diagnostico o un secondo parere riguardo a un paziente problematico. Nella gestione delle Strutture Ambulatoriali il ruolo infermieristico dovrebbe essere rilevante, dovrebbe farsi carico delle attività educative e di prevenzione delle instabilizzazioni e della progressione della malattia. È su questa che si fonda la speranza di incidere in modo radicale sull'epidemiologia dello scompenso e quindi sul destino ultimo di molti pazienti con disfunzione ventricolare e cardiopatia ischemica o ipertensione arteriosa, le due cause più frequenti di scompenso nel mondo occidentale;

4) *il Comitato Cardiologico di Coordinamento Territoriale* promuove un'organizzazione, nell'ambito di un determinato bacino di utenza, per cui il cardiopatico scompensato utilizza all'interno della Rete Ospedaliera ed Extra vari momenti assistenziali, ottimizzando l'efficacia delle prestazioni, evitando repliche e ripetizioni di indagini disgiunte da implicazioni decisionali. In questo settore va sottolineata l'importanza della comunicazione:

- comunicazione Medico-Paziente e Infermiere-Paziente,
- comunicazione fra Specialista Ospedaliero e Medico di Medicina Generale,
- comunicazione fra le singole figure mediche coinvolte nella gestione del singolo paziente.

Un'efficace comunicazione fra Medico e Paziente e fra Infermiere e Paziente è in grado di aumentare la compliance di quest'ultimo alla terapia e di ridurre il rischio di riacutizzazioni/recidive in caso di patologie croniche. Il tempo dedicato dal Cardiologo a tale comunicazione è a tutti gli effetti un momento dell'assistenza e va come tale computato, considerato e favorito.

Un corretto trasferimento delle informazioni sanitarie e del piano terapeutico complessivo dallo Specialista Ospedaliero al medico curante è una *conditio sine qua non* per la continuità assistenziale ed è uno strumento essenziale per garantire efficacia alla terapia. In questa ottica è richiesto alle singole Strutture Cardiologiche di degenza, nonché ai vari Ambulatori o Day Service, di mettere a punto modelli di lettera di dimissione e di referto di visita ambulatoriale efficaci ed accurati, concordandoli eventualmente con i Medici di Medicina Generale del proprio territorio. La lettera ideale deve contenere uno schema terapeutico chiaro e dettagliato nonché un piano di follow-up.

La discussione collegiale dei casi clinici fra i singoli Medici all'interno dell'Unità Operativa favorisce la riflessione critica, minimizza gli errori diagnostici, favorisce la condivisione e l'applicazione di protocolli comportamentali. Essa andrebbe pertanto incentivata come metodo clinico da applicare nella pratica quotidiana.

Va altresì sottolineato l'approccio multidisciplinare che è strumento insostituibile per la cura delle patologie croniche, tipicamente lo scompenso cardiaco, e dei pazienti anziani. Occorre perfezionare tale strumento di approccio clinico e di assistenza integrata al paziente. A tale scopo occorre:

- favorire una formazione culturale di tipo multidisciplinare per il Cardiologo;
- ricercare, quando necessaria, la collaborazione organica con le altre figure specialistiche e con le Medicine Interne dell'Ospedale, istituendo e condividendo protocolli comportamentali e organizzando il meccanismo della consulenza reciproca;
- incorporare alcune figure specialistiche, tipicamente Nutrizionisti, Psicologi, Nefrologi, Diabetologi, all'interno degli Ambulatori e dei Day Service dedicati al

follow-up delle patologie croniche, tipicamente lo scompenso cardiaco.

Strumenti essenziali per garantire la continuità assistenziale sono:

- la raccolta organica dei dati del paziente in cartelle (auspicabilmente automatizzate) e database consultabili in tempo reale da ciascuno degli operatori coinvolti nella gestione del paziente;
- il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Cardiologi del territorio in progetti di condivisione di protocolli comportamentali e di aggiornamento periodico;
- l'attivazione di Ambulatori dedicati al follow-up di specifiche patologie e dei Day Hospital/Day Service. Si tratta di un punto imprescindibile nell'organizzazione complessiva.

La qualità complessiva dell'assistenza, ed in particolare il principio della continuità assistenziale, possono inoltre essere sensibilmente favoriti attraverso un'ulteriore valorizzazione del ruolo professionale dell'Infermiere negli Ambulatori dedicati, nel Day Hospital e nella *Home Care*. Da un punto di vista normativo ciò è favorito dalla Legge 26 febbraio 1999 n. 42, che sancisce, per quella infermieristica, il ruolo di professione sanitaria, facendo uscire l'Infermiere dalla dimensione di ausiliarità, simboleggiata dal vecchio mansionario. Questi i principali compiti della figura infermieristica specialistica:

- fare fronte agli aspetti gestionali-organizzativi dell'Ambulatorio;
- prendersi in carico i pazienti alla dimissione o dopo la prima visita ambulatoriale;
- informare il paziente e il Medico di Famiglia dei piani terapeutici e organizzativi in programma;
- essere disponibile al contatto diretto del paziente e del Medico di Famiglia;
- fornire i numeri telefonici e le indicazioni necessarie per le chiamate d'emergenza;
- raccogliere periodicamente un follow-up telefonico;
- rinforzare la comunicazione e l'informazione relativa alla malattia;
- contribuire all'educazione sanitaria del paziente e dei familiari;
- insegnare la compliance, rinforzarla e verificarla; insegnare e stimolare l'autogestione;
- controllare il training fisico se indicato;
- essere in grado di riconoscere i sintomi, valutare i referti degli esami ematochimici;
- suggerire cambiamenti di posologia dei farmaci nell'ambito di protocolli predefiniti con immediata richiesta di visita medica specialistica o del Medico di Medicina Generale, o teleconsulto;
- partecipare ad eventuali progetti di assistenza domiciliare;
- partecipazione attiva ad eventuali protocolli di ricerca.