

**CLINICAL PATHWAY PER LO SHOCK CARDIOGENO:
LA PROPOSTA DELL'ANMCO TOSCANA**

Linee d'indirizzo della Regione Toscana

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 14 del 22/07/2020



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Dr. Mario Cecchi

Segretario dell'OTGC
Dr.ssa Maria Teresa Mechi

Supporto amministrativo:
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).

L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>

Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte utilizzando la seguente dicitura: Tratto da (*TITOLO DEL DOCUMENTO*), Organismo Toscano per il Governo Clinico, Settore qualità dei servizi e reti cliniche, Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Regione Toscana.

Organismo Toscano per il Governo Clinico

Via T. Alderotti, 26/n
50139 Firenze (FI)
otgc@regione.toscana.it

Autori

Serafina Valente, Francesca Anselmi, Carlotta Sorini Dini, Alessandro Iadanza, Giancarlo Casolo.

Premessa

Lo Shock Cardiogeno (SC) è una sindrome clinica ad elevata mortalità che necessita di una diagnosi rapida e multiparametrica, di un trattamento tempestivo, aggressivo e multidisciplinare “*goal oriented*”.

Dati di letteratura indicano migliori risultati prognostici quando lo shock cardiogeno è trattato in centri ad alto volume altamente specializzati (**shock center**) e dotati di un team multidisciplinare dedicato (**shock team**). Per garantire a tutti i cittadini della nostra regione un'equità di accesso alle cure proponiamo che lo shock cardiogeno sia inserito a pieno titolo nella rete per le emergenze cardiologiche con livelli di responsabilità specifici e con protocolli che dovranno essere condivisi ed adottati da ogni attore della rete.

Per quanto riguarda la Toscana non abbiamo dati epidemiologici sull'incidenza di SC; estrapolando i dati del registro GISE 2018 e confrontandoli con casistiche europee e americane, ci possiamo aspettare che 195 pazienti con STEMI e 101 pazienti con NSTEMI presenteranno uno SC. Complessivamente, 296 pazienti con SCA complicata da SC dovrebbero afferire ai laboratori di emodinamica degli ospedali Toscani per eseguire una c PCI primaria. Oltre alle sindromi coronariche acute (SCA), tutte le patologie che compromettono precarico, post carico e contrattilità possono presentarsi o evolvere in SC e sempre più numerosi sono i casi di SC non ischemico ricoverati nelle unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC).

Dati di letteratura ci dicono che oggi nelle UTIC solo nel 30% dei casi lo SC è secondario ad una SCA, nel 18% è da cardiopatia ischemica cronica end stage, nel 28% da miocardiopatie e miocarditi e nel 17% è dovuto ad altre cause.

Lo shock cardiogeno è ancora oggi la principale causa di mortalità intra-ospedaliera per infarto miocardico acuto ed è associato ad elevati tassi di mortalità che su larga scala si aggirano ancora intorno al 50%, stabili da decenni, nonostante il miglioramento delle tecniche di rivascularizzazione e di supporto meccanico. Risultati migliori si ottengono in centri ad alto volume altamente specializzati per il trattamento dello shock cardiogeno e nei casi di eziologia non ischemica. L'età è sicuramente uno dei predittori di peggior outcome con risultati di mortalità > 55% in pazienti ultrasettantacinquenni.

Obiettivi

I principali obiettivi di questo documento sono:

- a) offrire ai pazienti toscani la possibilità di usufruire del trattamento oggi “*gold standard*” per lo SC indipendentemente dal territorio geografico di appartenenza e dall'ospedale di primo ricovero.
- b) modulare e declinare i suggerimenti di LG, documenti di consenso e opinioni di esperti, alla realtà sanitaria Toscana al fine di ridurre la mortalità ospedaliera per SC a meno del 30%.

Gli snodi decisionali per raggiungere questi obiettivi si articolano essenzialmente in tre punti:

1. Inquadramento diagnostico precoce e multiparametrico da parte dei professionisti che per primi si avvicinano al paziente con SC.
2. Implementazione della rete tempo dipendente dello SC.
3. Ricovero in centri altamente specializzati, assimilabili alle UTIC di Livello 3 del position paper dell'European Society of Cardiology (ESC) (o *Shock Center*) dove i pazienti con SC saranno seguiti da un team multidisciplinare (*Shock Team*).

Requisiti del centro di riferimento per lo shock cardiogeno (UTIC Livello 3):

Le caratteristiche tecniche, le dotazioni di device, le specialità e le professionalità che un centro di riferimento per lo SC deve possedere, sono identificabili attraverso un'attenta analisi dei dati della letteratura. Per la complessità e l'eterogeneità dell'organizzazione sanitaria del nostro paese e per la mancanza di dati certi sulla reale casistica, è molto difficile poter stabilire il reale fabbisogno dei centri. Come riportato da Levy et al., i centri dovrebbero essere individuati e riconosciuti dagli amministratori e decisori pubblici previa condivisione con un panel di esperti.

La struttura ospedaliera identificata come centro di riferimento per lo SC, deve avere alcune caratteristiche da cui non è possibile prescindere:

1. Terapia intensiva cardiologica: gestita da un team di cardiologi “intensivisti” con competenze cardiologiche avanzate per la gestione dei supporti circolatori a medio e breve termine e dei supporti per le gravi insufficienze d'organo
2. Laboratorio di emodinamica h 24 per la rivascolarizzazione coronarica, il trattamento percutaneo delle cardiopatie strutturali e dell'embolia polmonare e per l'impianto percutaneo di MCS (IABP, Impella, ECLS)
3. Cardiocirurgia h 24
4. Chirurgia vascolare h 24
5. Radiologia e neuroradiologia h 24 per il trattamento delle emergenze-urgenze vascolari e neurologiche
6. Chirurgia toracica h 24

Altre figure professionali che caratterizzano il centro di riferimento e che partecipano con il cardiologo intensivista alla gestione dei pz in SC sono: il perfusionista, il rianimatore, l'infettivologo, il fisioterapista, il neurofisiopatologo, il nutrizionista e dove possibile l'ingegnere biomedico. Queste figure professionali che hanno competenze specifiche diversificate per organi e apparati ma esperti nella gestione dei pazienti critici, dovrebbero costituire il "Team multidisciplinare per la gestione dello SC". Se il centro di riferimento per lo SC non ha in sede un programma LVAD/TC (in Italia circa 1 per regione), deve lavorare in rete con il suo centro LVAD/TC di riferimento che deve essere allertato ogni qual volta ad un paziente con SC viene posizionato un MCS a breve medio termine e condividerne il percorso successivo.

Proposta

Per la regione Toscana i centri di riferimento per lo SC potrebbero essere identificati nelle aziende ospedaliere dotate di cardiocirurgia in sede e con le dotazioni sopraelencate; facendo riferimento al decreto 70 del 2 aprile 2015, dovrebbe esserci un UTIC di livello 3 in un territorio con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti.

Il modello di rete che proponiamo a livello regionale è quello di una rete strutturata, organizzata e controllata per le emergenze cardiologiche che ricomprenda il percorso specifico dello shock cardiogeno con individuazione dei diversi livelli di responsabilità specifici.

È indispensabile che la rete assistenziale per lo Shock Cardiogeno, basata sul Team multidisciplinare e multiprofessionale, sia dotata di un database dedicato per la raccolta della casistica e l'analisi del follow-up. La raccolta dei dati con modello informatico dovrà essere fruibile da tutti gli operatori nell'intero percorso. L'efficacia del sistema dovrà essere validata con indici di monitoraggio semestrali, usando indicatori quali la sopravvivenza a 180 giorni, il numero di pazienti trattati e guariti (recovery), quelli inseriti nel percorso LVAD/TC e la qualità della vita dopo la dimissione.

Gli operatori coinvolti nel percorso lavoreranno con protocolli standardizzati e condivisi, nel rispetto della centralità del paziente e con obiettivo comune di ridurre la mortalità per SC a meno del 30%.

È necessario che venga adottato, a livello regionale, un progetto di formazione per tutti gli attori coinvolti nel percorso assistenziale.

(L'articolo del presente lavoro è in corso di valutazione presso il Giornale Italiano di Cardiologia)