
	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 1 di 23

**Percorso di Salute
e Diagnostico
Terapeutico Assistenziale**


SCOMPENSO CARDIACO

ASL CN2

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 2 di 23

SOMMARIO

1.	Introduzione e presentazione del Documento	Pag.	3
2.	Redazione	Pag.	3
3.	Lista di distribuzione	Pag.	4
4.	Gruppo di lavoro e coordinamento	Pag.	4
5.	Glossario, terminologia e abbreviazioni	Pag.	6
6.	Scopo	Pag.	7
7.	Analisi del problema di salute/patologia oggetto del PSDTA	Pag.	7
8.	Letteratura scientifica di riferimento	Pag.	7
9.	Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PSDTA	Pag.	8
10.	Criteri di ingresso/eleggibilità	Pag.	8
11.	Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA	Pag.	10
12.	Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA	Pag.	21
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag.	22
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag.	22
15.	Piano di adeguamento	Pag.	23
16.	Aggiornamento	Pag.	23
17.	Archiviazione	Pag.	23
18.	Allegati	Pag.	23

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 3 di 23

1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

Lo scompenso cardiaco, secondo la più recente definizione ESC, è una sindrome clinica caratterizzata da sintomi ed eventualmente segni clinici provocati da anomalie strutturali funzionali del cuore che determinano una riduzione della gittata cardiaca e/o un incremento delle pressioni di riempimento ventricolare in condizioni di riposo e/o di stress. In Europa, la prevalenza dello scompenso cardiaco è di 1-2% nella popolazione adulta; tale prevalenza aumenta con l'età e supera il 10% nella fascia di età ≥ 70 anni. La storia naturale della malattia è caratterizzata da un graduale declino della capacità funzionale con periodici episodi di riacutizzazione e conseguenti ospedalizzazioni spesso scatenati da cause non cardiache intercorrenti.


L'obiettivo di questo documento è quello di favorire la creazione una rete interconnessa tra ospedale e territorio all'interno della quale si possa svolgere ed individualizzare il percorso del paziente affetto da scompenso cardiaco. Il documento è focalizzato sulla popolazione adulta e sulla fase di cronicità e post-acuzie dello scompenso; il setting dello scompenso cardiaco acuto esula dallo scopo di questo documento.

Lo sviluppo del PSDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) è coerente con le Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano nazionale cronicità (Regione Piemonte 2018) che prevedono di rafforzare le cure primarie attraverso i PDTA quale strumento in grado di realizzare l'integrazione tra Medici di Medicina Generale (MMG), specialisti, infermieri e le risorse della comunità. Nell'ottica delle linee di indirizzo i PDTA sono uno strumento di governance multiprofessionale, incentrato sulla persona/paziente.

Nell'elaborazione del PSDTA sono state prese in considerazione, quali obiettivi strategici, le dimensioni che usualmente definiscono il concetto di qualità in sanità: effectiveness, safety and patient-centredness (Panteli et al, 2019).

2. REDAZIONE

DATA	REV	
19 gennaio 2023	0	Prima emissione
27 maggio 2024	1	Revisione Allegato 1, 2 ; paragrafo 10

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 4 di 23

3. LISTA DISTRIBUZIONE

Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria
 SC Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero
 SC Direzione delle Professioni Sanitarie
 SC Cardiologia
 Ambulatori di cardiologia ospedalieri e territoriali
 SC Distretto 1 e Distretto 2, per la diffusione a MMG
 SC Medicina Interna

4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO REVISIONE 0

Cognome	Nome	Ruolo	Unità operativa	Sede
Bernocco	Stefano	IFeC	Distretto	
Bertolusso	Luciano	MMG	Distretto	
Borgogno	Elena	MMG	Distretto	
Bovolo	Virginia	Dirigente Medico	Cardiologia	Verduno
Contini	Sabrina	Dirigente Di.P.Sa	Di.P.Sa	Verduno
Dellavalle	Antonio	Direttore	Cardiologia	Verduno
Fenocchio	Elena	MMG	Distretto	
Giaccone	Domenico	Coordinatore infermieristico	Ambulatori	Verduno
Gianti	Annamaria	Dirigente Medico	Distretto	Bra
Gorga	Elena	Incaricato di Funzione Organizzativa	Qualità, Management relazioni con il pubblico risk e il	Verduno
Intili	Maria Gaetana	Dirigente Medico	Cardiologia	Verduno
Iudica	Rosa Maria	Dirigente Medico	Cardiologia	Verduno

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 5 di 23

Laudani	Elio	Direttore	Distretto 2	Bra
Marano	Francesco	Dirigente Medico	Cardiologia SUMAI	
Maruccia	Lisa	Infermiere	Casa di Comunità	
Meistro	Diego	MMG	Distretto	
Neri	Loris	Dirigente Medico	Nefrologia e Dialisi	Verduno
Pomero	Fulvio	Direttore	Medicina Interna	Verduno
Rapetti	Alessandro	Infermiere	Ambulatorio Cardiologia	Verduno
Salomone	Federica	Dirigente Medico	Medicina Interna	Verduno
Sciancalepore	Daniela	Incaricato di Funzione Organizzativa	NDCC	Verduno
Venturino	Valentina	Dirigente	Direzione Sanitaria di Presidio	Verduno
Vero	Luciano	Responsabile	Qualità, risk Management e relazioni con il pubblico	Verduno
Viglino	Fabrizio	Direttore	ICT	Verduno

Gruppo di lavoro per REVISIONE 1:

Dellavalle Antonio, Direttore SC Cardiologia

Bovolo Virginia, Dirigente Medico SC Cardiologia

Laudani Elio, Direttore SC Distretto 2

Contini Sabrina, Direttore ff SC DiPSa


Giaccone Domenico, Incaricato di Funzione Organizzativa e Coordinamento Ambulatori

Grimaldi Mario, Incaricato di Funzione Organizzativa e Coordinamento IFeC

Sciancalepore Daniela, Incaricato di Funzione Organizzativa COT


Vero Luciano, Responsabile Qualità, Risk Management e Relazioni con il Pubblico

Gorga Elena, Incaricato di Funzione Organizzativa Qualità, Risk Management

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 6 di 23

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

ACEI	ACE inibitore
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ANMCO	Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
ARB	Sartanico
ARNI	Inibitore del recettore dell'Angiotensina-neprilisina
BB	Beta-bloccante
BPCO	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
COT	Centrale Operativa Territoriale
FA	Fibrillazione striale
FEVS	Frazione di eiezione ventricolare sinistra
HFrEF	Scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta
HFmrEF	Scompenso cardiaco a frazione di eiezione moderatamente ridotta
HFpEF	Scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
MMG	Medico di Medicina Generale
MRA	Antagonisti dei mineralcorticoidi
PAS	Pressione arteriosa sistemica
RAS	Sistema renina-angiotensina
RS	Ritmo sinusale
SC	Scompenso cardiaco
VS	Ventricolo sinistro

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 7 di 23

6. SCOPO

Gli obiettivi del presente PSDTA sono:


- definire gli standard di percorso da garantire a livello aziendale;
- informare e formare il personale, gli utenti e i caregiver;
- ridurre la variabilità nei comportamenti dei professionisti;
- individuare gli elementi fondamentali del modello di presa in carico e renderli coerenti con il sistema di offerta;
- migliorare la gestione complessiva e la qualità del processo del paziente;
- agire in maniera produttiva al fine di identificare precocemente i segni di instabilizzazione ed eventualmente prevenire l'ospedalizzazione per riacutizzazione di scompenso.

7. ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE/PATOLOGIA OGGETTO DEL PDTA

Studi di popolazione in pazienti ambulatoriali documentano una mortalità intorno al 20-25% a 1 anno e al 50% a 5 anni dalla diagnosi, mentre dati amministrativi riferiti a pazienti ospedalizzati per SC riportano una mortalità intorno al 5-7% durante il ricovero, al 10% a 30 giorni e al 30-40% ad 1 anno. Il carico assistenziale ed economico generato dalla sindrome è elevato. Nei paesi altamente sviluppati quali l'Italia, i costi legati alle ospedalizzazioni per SC incidono per oltre tre quarti della spesa legata alla sindrome e rappresentano una delle principali voci, pari a circa 1.5%, della spesa sanitaria complessiva.

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Theresa A. McDonagh et al.
- Documento di consenso ANMCO/SIC. La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale. Nadia Aspromonte et al.
- PSDTA Scompenso Regione Piemonte 2021.
- Predicting survival in heart failure: a risk score based on 39 372 patients from 30 studies. S. J. Pocock et al. European Heart Journal (2013) 34, 1404–1413

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 8 di 23

9. CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO IN CUI SI SVILUPPA IL PSDTA

All'interno dell'ASL CN2, la prevalenza di pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico è stata stimata come segue

	Singolo MMG (Stima 1500 assistiti)	Totali ASL (142864 adulti)
Stadio A (15-35%)	225-252	21430 - 50002
Stadio B (6%)	90	8572
Stadio C-D (1-1.5%)	15-22	1428-2142

La stima dell'incidenza di pazienti afferenti alla rete nella fase post-acuzie è stata stimata sulla base dei dati ricavati dall'analisi dei ricoveri per DRG 127 nel periodo 01/01/2016 - 30/06/2019 ed è pari a circa 250 pazienti allo "steady-state".


Il sistema di offerta a livello aziendale include:

- posti letto (in ambiente intensivo, semi-intensivo e di degenza ordinaria, incluso setting specialistico e non)
- Ambulatorio ospedaliero dello scompenso cardiaco
- Ambulatorio territoriale dello scompenso cardiaco
- Ambulatori per la cronicità a conduzione IFeC/MMG
- MMG
- Case di Comunità

10. CRITERI DI INGRESSO/ELIGIBILITÀ

Classificazione dello scompenso cardiaco secondo lo stadio di malattia

Stadio A	Pazienti a rischio di sviluppare SC ma senza segni né sintomi attuali/pregressi e senza anomalie cardiache strutturali
Stadio B	Pazienti con cardiopatia strutturale senza segni né sintomi attuali/pregressi di SC
Stadio C	Pazienti con cardiopatia strutturale e con segni e sintomi di SC in atto o pregressi
Stadio D	Pazienti con cardiopatia strutturale, con sintomi tali da interferire con la vita quotidiana e con ospedalizzazioni ricorrenti nonostante terapia medica ottimale

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 9 di 23

Classificazione dello scompenso cardiaco secondo sintomi e compromissione funzionale

Classificazione NYHA (New York Heart Association)	
Classe I	Nessuna limitazione all'attività fisica.
Classe II	Lieve limitazione all'attività fisica: asintomatico a riposo, le attività fisiche ordinarie provocano dispnea, fatica o cardiopalmo.
Classe III	Marcata limitazione all'attività fisica: asintomatico a riposo, l'attività fisica modesta provoca dispnea, fatica o cardiopalmo.
Classe IV	Impossibilità a svolgere qualunque tipo di attività senza sintomi o presenza di sintomi anche a riposo.


Classificazione dello scompenso cardiaco secondo la frazione di eiezione

HFrEf	HFmrEF	HFpEF
Segni e sintomi di SC	Segni e sintomi di SC	Segni e sintomi di SC
FEVS < 40%	FEVS 41-49%	FEVS > 50%
		Evidenza oggettiva di anomalia cardiaca strutturale e/o funzionale corrispondenti a disfunzione diastolica VS/aumento delle pressioni di riempimento, compreso l'aumento dei peptidi natriuretici.

I criteri di ingresso/eleggibilità sono i seguenti: **pazienti adulti affetti da scompenso cardiaco in stadio C o D in fase post-acuta e/o in fase di cronicità ("stabilizzati")**.

Ai fini della stratificazione e dell'individualizzazione del progetto di salute, sono riconosciuti pertanto due momenti in cui il paziente può entrare nel percorso:

- al momento della dimissione dopo un episodio di scompenso cardiaco acuto che ha richiesto ospedalizzazione;
- inviato dal MMG/altro specialista per scompenso cardiaco cronico stadio C o D.

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 10 di 23

La segnalazione del paziente avverrà mediante invio di un modulo predefinito (allegato 1) alla COT - Centrale Operativa Territoriale, che segnalerà il paziente all'ambulatorio di competenza secondo una flow chart dedicata (allegato 2).

La COT è una funzione organizzativa facilitatrice dei processi clinico-assistenziali e della integrazione socio-sanitaria attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti.

In ambito della cronicità, le funzioni principali della COT sono:
- gestione e monitoraggio dell'arruolamento delle persone con malattia cronica nel PSDTA Scompenso Cardiaco per i diversi setting assistenziali

- consultorio cronicità
- specialistica ospedaliera
- follow up di primo e secondo livello
- domicilio

- Monitoraggio degli interventi

Il DM 77/2022 richiede di implementare la presa in carico territoriale, potenziando, specie per gli ultra 65enni, le diverse forme di cure domiciliari. A tal fine si è potenziata la presa in carico dei pazienti che necessitano di continuità assistenziale e/o di prestazioni erogabili sotto forma di attività ambulatoriale, come i percorsi di cronicità tra cui rientrano i PSDTA.

In questo modo si permette e si incrementano, in base alla necessità, anche gli accessi al domicilio del paziente e, se possibile, l'utilizzo della telemedicina.

Per la presa in carico dei pazienti arruolato nel PSDTA Scompenso Cardiaco, quindi, si utilizza una nuova tipologia assistenziale, denominata Sid Semplice, per la quale si rimanda alla specifica Istruzione Operativa Aziendale.


11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

11.1 FASE POST-ACUZIE

Al momento della dimissione dopo ospedalizzazione per scompenso cardiaco acuto o de novo (prima diagnosi), viene effettuata una stratificazione prognostica sulla base della quale verranno schedati i successivi controlli.

Per la stratificazione prognostica viene utilizzato il punteggio MAGGIC (cfr paragrafo 8 per riferimento bibliografico). La scelta di tale score rispetto ad altri disponibili in letteratura si è basata sulle seguenti motivazioni: 1) solide basi epidemiologiche

Variabile	Punteggio							
FE (%)	<20% +7	20-24 +6	25-29 +5	30-34 +3	35-39 +2	≥40 0		
Extra per età	<55	56-59	60-64	65-69	70-74	75-79	≥80	
FE < 30%	0	+1	+2	+4	+6	+8	+10	
FE 30-39%	0	+2	+4	+6	+8	+10	+13	
FE > 40%	0	+3	+5	+7	+9	+12	+15	
Extra per PAS (mmHg)	<110	110-119	120-129	130-129	140-149	≥150+		
FE < 30%	+5	+4	+3	+2	+1	0		
FE 30-39%	+3	+2	+1	+1	0	0		
FE > 40%	+2	+1	+1	0	0	0		
BMI (kg/mq)	<15 +6	15-19 +5	20-24 +3	25-29 +2	≥30 0			
Creatinina (mg/dl)	<1,02 0	1,02-1,24 +1	1,25-1,47 +2	1,48-1,69 +3	1,70-1,92 +4	1,93-2,38 +5	2,39-2,83 +6	≥ 2,84 +8
Classe NYHA	I 0	II +2	III +6	IV +8				
Maschio								+1
Fumatore attivo								+1
Diabete								+3
Diagnosi di BPCO								+2

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 12 di 23

Prima diagnosi di scompenso cardiaco nei 18 mesi precedenti	+2
Non in terapia con betabloccante	+3
Non in terapia con inibitore RAS	+1
TOTALE	


Tabella tradotta e riadattata da S. J. Pocock et al. European Heart Journal (2013) 34, 1404–1413

Sulla base del punteggio ottenuto, i pazienti vengono suddivisi in tre categorie di rischio:

- Punteggio 0-20: rischio basso, caratterizzato da mortalità 3 anni stimata inferiore al 20%
- Punteggio 21-28: rischio intermedio, caratterizzato da mortalità 3 anni stimata tra il 20% e il 40%
- Punteggio ≥ 29 : rischio elevato, caratterizzato da mortalità 3 anni stimata superiore al 50%.

Una volta identificato il profilo di rischio del paziente, viene programmato il percorso di salute con le seguenti tempistiche:

	ALTO rischio	MEDIO rischio	BASSO rischio
Telecontrollo	Settimanale	Quindicinale	Mensile
Esami ematici I livello: emocromo, creatinina, elettroliti, ALT, glicemia	A 15 giorni A 3 mesi A 6 mesi	A 30 giorni A 3 mesi A 6 mesi	A 30 giorni A 3 mesi A 6 mesi
Esami ematici II livello: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, proBNP, ferritina, saturazione transferrina	A 6 mesi	A 6 mesi	A 6 mesi
Visita infermieristica	A 15 giorni A 2 - 4 - 5 mesi	A 30 e 60 giorni Tra il 4° e il 5° mese	A 30 e 60 giorni A 6 mesi

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 13 di 23

Visita cardiologica	A 30 e 90 giorni A 6 mesi	A 3 e 6 mesi	A 3 mesi
Ecocardiogramma	A 3 e 6 mesi	A 3 mesi se HFrEF o valvulopatia di grado almeno moderato A 6 mesi	A 6 mesi

La presa in carico del paziente da parte dell'infermiere che avrà in carico il paziente nella fase post-acuzie avverrà in ospedale al momento della dimissione o nei giorni immediatamente precedenti in presenza del caregiver.

Il setting di cura varia in base al profilo di rischio, in particolare:

- pazienti ad alto rischio sono seguiti presso ambulatorio II livello (ambulatorio SC ospedaliero)
- pazienti con profilo di rischio intermedio o basso sono seguiti presso ambulatorio I livello (ambulatorio SC territoriale).


Al termine dei primi 6 mesi di follow-up, salvo differenti indicazioni, il paziente afferisce al percorso della fase di cronicità.

Lo scopo del percorso post-acuzie è in primo luogo quello di monitorare il paziente nella fase più delicata e a maggior rischio di riacutizzazione e in secondo luogo quello di educare paziente/caregiver all'automonitoraggio che dovrà continuare per il resto della vita del paziente.

11.2 FASE DI CRONICITÀ


L'individualizzazione del percorso di salute avviene in relazione allo stadio dello scompenso cardiaco (si veda paragrafo 10).

I pazienti sintomatici complessi (Stadio D) vengono seguiti presso l'ambulatorio II livello (ambulatorio SC ospedaliero), quelli in stadio C vengono seguiti presso l'ambulatorio di I livello (ambulatorio SC territoriale), con il coinvolgimento del MMG e di altri specialisti secondo le necessità del singolo paziente, con un percorso individualizzato, con referral ad ambulatorio scompenso cardiaco avanzato/trapianto cuore quando indicato. Le necessità assistenziali minime sono elencate nelle tabelle 11-1 e 11-2.

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 14 di 23


Tab 11-1 Follow-up dei pazienti in studio C

Attività	Frequenza minima		Responsabilità prevalente
	Semestrale	Annuale	
Valutazione clinica		X	Cardiologo territorio
Parametri clinici (PA, FC, peso, satO2, diuresi)	X		Infermiere/MMG
ECG a riposo	X		Cardiologo territorio
Ecocardiogramma		X	Cardiologo territorio
Esami ematochimici: emocromo, glicemia, creatinina, elettroliti, ALT	X		MMG
Esami ematochimici: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, proBNP, ferritina, saturazione transferrina, Hb glicata (se diabetici)		X	MMG
Educazione paziente/famiglia (alimentazione, attività fisica)	X		Infermiere
Somministrazione del questionario sulla qualità della vita		X	Infermiere
Case management			Infermiere

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 15 di 23

Tab. 11-2 Follow-up dei pazienti in **stadio D**

Attività	Frequenza minima			Responsabili tà prevalente
	Trimestrale	Semestrale	Annuale	
Valutazione clinica		X		Cardiologo ospedaliero
Parametri clinici (PA, FC, peso, satO2, diuresi)	X			Infermiere/M MG
ECG a riposo		X		Cardiologo ospedaliero
Ecocardiogramma		X		Cardiologo ospedaliero
Esami ematochimici: emocromo, glicemia, creatinina, elettroliti, ALT		X		MMG
Esami ematochimici: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, proBNP, ferritinina, saturazione transferrina, Hb glicata (se diabetici)			X	MMG
Educazione paziente/famiglia (alimentazione, attività fisica)		X		Infermiere
Somministrazione del questionario sulla qualità della vita		X		Infermiere
Case management				Infermiere

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 16 di 23

11.3 RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il Medico di Medicina Generale (MMG) svolge una funzione cardine all'interno del progetto di management multidisciplinare del paziente affetto da scompenso cardiaco ed interviene trasversalmente nella diagnosi, nella gestione dell'acuzie e della cronicità.


Il MMG deve primariamente inviare i pazienti che necessitano di follow-up con diagnosi nota ma non ancora inseriti nella rete; inoltre può anticipare il controllo specialistico nel momento in cui ravvisa un peggioramento clinico del suo assistito, con la possibilità di richiedere esami ematochimici e/o strumentali previa visita cardiologica o talvolta con l'invio in pronto soccorso per necessità di ricovero. In quest'ultimo caso, essendoci un sistema di gestione integrata, il MMG comunica l'invio alla COT, la quale attiva lo Specialista dell'ambulatorio dello Scompenso o Cardiologo di guardia per una più rapida presa in carico del paziente.

In questa fase del percorso potrebbe rivelarsi utile per motivi clinici il contatto telefonico tra MMG e lo Specialista dell'ambulatorio dello Scompenso o Cardiologo di guardia.

Oltre all'invio del paziente come prima diagnosi, follow-up o in caso di peggioramento, il MMG deve eseguire lui stesso un controllo del paziente valutando i parametri, l'esame obiettivo, i sintomi e gli esami eseguiti. Come anticipato, a seconda della stratificazione della gravità della malattia, si seguiranno tempistiche proprie allo stadio in cui si trova il paziente. In alcuni casi gli assistiti saranno in regime di Cure Domiciliari per la difficoltà negli spostamenti legata alla malattia cardiaca o ad altre comorbidità o a complessità di altro genere, per cui saranno necessarie visite domiciliari da parte del personale medico ed infermieristico dedicato alla cronicità.

Infine il Medico di Medicina Generale, in quanto case manager, deve occuparsi di tutte le altre comorbidità del paziente, delle necessità psicologiche, sociali e talvolta economiche attivando i servizi adeguati o i percorsi diagnostici da lui ritenuti opportuni, collateralmente alla patologia dello scompenso cardiaco.

Il MMG deve quindi saper riconoscere e diagnosticare la patologia, agganciare il paziente all'ambulatorio di riferimento, seguire i suoi assistiti con un approccio olistico tipico della sua professione ed assisterlo anche nella sua terminalità. I progetti di gestione integrata delle patologie croniche sono vantaggiosi per il SSN poiché vanno a ridurre i ricoveri e le successive riammissioni ospedaliere, risultano utili per una miglior distribuzione di risorse poiché gli esami e le prestazioni vengono cadenzate ed ordinate in base alla stratificazione della gravità della malattia, ma

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 17 di 23

sono fondamentali per una miglior qualità di vita dei pazienti affetti da scompenso cardiaco. Questi assistiti sono spesso pluri-comorbidi e anziani, pertanto possono riscontrare difficoltà negli spostamenti e frequentemente desiderano essere curati il più possibile presso il proprio ambiente domestico.

11.4 RUOLO DELLA TELEMEDICINA


Il follow-up del paziente in fase post-acuzie si avvarrà dell'utilizzo di strumenti di telemedicina atti a facilitare lo scambio di informazioni tra paziente/caregiver e personale sanitario. Verrà implementato un software che permetterà al paziente, a scadenze prestabilite, di comunicare alcuni parametri pre-specificati all'infermiere che ha in carico il paziente allo scopo di valutare la stabilità clinica del paziente ed identificare precocemente variazioni nei parametri vitali o nella sintomatologia che potrebbero anticipare una riacutizzazione. Inoltre, i telecontrolli hanno lo scopo di istruire il paziente/caregiver insegnando quali sono i parametri e i sintomi d'allarme e favorendo la compliance del paziente all'automonitoraggio che dovrà continuare in autonomia dopo il termine dei 6 mesi di follow-up post-acuzie.

I parametri da monitorare sono indicati nell'allegato 3 e sono: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno, peso corporeo. La valutazione della sintomatologia avverrà attraverso i seguenti dati: numero di cuscini utilizzati durante il sonno e grado della dispnea (scala mMRC). Si è deciso di scegliere la scala mMRC (Modified British Medical Research Council Questionnaire), validata in altri ambiti clinici (pneumopatia cronica) per la sua semplicità di utilizzo da parte del paziente.

Il software invierà al paziente un reminder per ricordargli di inserire i dati nel sistema. Il software segnalerà con codice colore i parametri che si discostano dalla media del paziente o l'assenza di risposta da parte del paziente, in modo da facilitare la gestione e la priorità di contatto da parte dell'infermiere.

In caso di parametri anomali, l'infermiere contatterà il paziente per raccogliere maggiori informazioni in merito alla sintomatologia e allo stato clinico; dopo discussione con il cardiologo dell'ambulatorio SC ospedaliero o territoriale, secondo necessità, potrà essere consigliata una variazione terapeutica, intensificata la frequenza dei telecontrolli, o programmato un controllo ambulatoriale a breve. In caso di mancata comunicazione dei dati da parte del paziente, l'infermiere contatterà il paziente per comprendere le motivazioni della mancata aderenza al follow-up e metterà in campo strategie rivolte a migliorare la compliance del paziente.

In attesa dell'implementazione del software di telemedicina, il follow-up del paziente post-acuzie verrà effettuato mediante contatto telefonico da parte dell'infermiere dell'ambulatorio SC ospedaliero o territoriale. Al paziente al momento

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 18 di 23

dell'arruolamento nel percorso verrà fornito un diario da compilare con i parametri da sorvegliare e da comunicare al momento del contatto con l'infermiere.

11.5 RUOLO DELL'INFERMIERE


Si evidenzia principalmente in due attività che procedono parallelamente in relazione ai bisogni di salute delle persone che manifestano sintomi di SC: la prima riguarda gli interventi di prevenzione, che vengono messi in campo dall'IFeC (Infermiere di Famiglia e Comunità) destinato a questo tipo di attività, e che possono riguardare sia la popolazione tutta, sia coloro che per familiarità, comorbidità o inadeguati stili di vita sono a rischio di sviluppare la patologia; la seconda riguarda la "presa in carico" del paziente dagli esordi della malattia fino agli stadi più gravi ed in questo caso intervengono diverse figure infermieristiche legate strettamente al livello di gravità del paziente stesso.

L'IFeC che si occupa di prevenzione alla popolazione tutta e che afferisce alla Direzione delle Professioni Sanitarie, promuove sul territorio, in vari ambiti (scuole, centri anziani, serate informative, centri sportivi, circoli di quartiere ecc.), attività informative/formative atte a costruire/rafforzare, attraverso l'empowerment personale, un approccio a stili di vita sani che aiutino ad impedire manifestazioni di malattia o, per lo meno, a posticipare nel tempo la possibilità di un suo esordio. Questa funzione, non direttamente coinvolta nelle attività riguardanti il PSDTA Scompenso Cardiaco, non può però esserne completamente disgiunta in quanto prevenendo complicazioni future relative alla patologia.

Le figure infermieristiche, invece, individuate ad occuparsi direttamente dei pazienti inseriti nel PSDTA Scompenso cardiaco sono tre: l'IFeC Cronicità, l'infermiere ambulatoriale Case della Comunità e l'infermiere ambulatoriale Ospedaliero.

- IFeC e l'infermiere ambulatoriale Case della Comunità collaborano insieme per la presa in carico dei pazienti a Medio e Basso Rischio, monitorando eventuali modifiche al livello di gravità, l'aderenza terapeutica, il miglioramento degli stili di vita. Esegue attività di follow-up secondo quanto richiesto dal PSDTA
- Infermiere ambulatoriale Ospedaliero si occupa dei casi più gravi, Alto Rischio, anch'egli monitorando eventuali modifiche al livello di gravità, l'aderenza terapeutica, il miglioramento degli stili di vita. Esegue attività di follow-up secondo quanto richiesto dal PSDTA.

Le scale di valutazione utilizzate a supporto dell'attività di monitoraggio compilate dall'infermiere che prende in carico il paziente e condivise con le altre figure infermieristiche coinvolte nella rete, sono:

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 19 di 23

- scala Morisky per la valutazione dell'aderenza terapeutica del paziente (Allegato 4);
- scala EHFSB (European Heart Failure Self-Care Behavior Scale) per la valutazione dei comportamenti di autocura dello scompenso cardiaco (Allegato 5);
- scala MLHFQ (Minnesota), per la valutazione dell'influenza della malattia nella vita quotidiana del paziente (Allegato 6).

All'IfeC Cronicità compete la presa in carico dei pazienti per gli aspetti di prevenzione, nei casi possibili, o sulla riduzione di possibile progressione della malattia, con educazione terapeutica, educazione a stili di vita sani, educazione al miglioramento socio/economico della persona assistita/famiglia ove possibile.

I tre ambiti di intervento infermieristico dialogano tra di loro attraverso la costituente COT per trasferimento/richiesta di informazioni tra i vari livelli di accompagnamento del paziente.


11.6 RUOLO DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI / CASE DELLA SALUTE

A livello territoriale, presso le Case della salute/di comunità dell'ASL CN2, sono attivi gli ambulatori cardiologici e gli ambulatori della cronicità. In questi ultimi operano sia gli IFeC sia MMG coadiuvati dal medico dei Distretti referente per il Piano Locale della Cronicità.

La funzione dell'Ambulatorio della Cronicità è assimilabile a quella di un "collettore" delle varie condizioni di cronicità del paziente e delle sue esigenze prestazionali ed assistenziali; si esplica a vari livelli: prevenzione primaria (vaccinazioni raccomandate dal Piano Nazionale Vaccini per la popolazione affetta da cronicità, nello specifico vaccinazioni anti-COVID, HZV, Pneumococco, Influenza), prevenzione secondaria (controlli periodici: spirometrie, ECG, EGA), follow-up attraverso la funzione di facilitazione della presa in carico da parte degli ambulatori dedicati ai PSDTA specialistici e quindi da parte delle branche specialistiche per le quali può emergere la necessità nella varie fasi della presa in carico del paziente cronico.

Nell'ambulatorio della cronicità è anche possibile effettuare terapia infusionale di supporto (es Infusioni di Ferro Carbossimaltosio nei pazienti con scompenso cronico, volte a preservare i livelli di ferritinemia, che concorre all'ottimizzazione della funzionalità cardiaca e alla prevenzione delle recidive nello scompenso cronico).

L'accesso all'ambulatorio della cronicità avviene mediante invio da parte del MMG o del Medico specialista, tramite:


	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 20 di 23

- contatto telefonico con gli operatori sanitari dell'ambulatorio : 3316802880 / 3384705714 oppure il Martedì 8.30-16.30 al numero 0172 420.403- 404- 405
- email : ambulatoriocronicita@aslc2.it.

11.7 RUOLO DELL'AMBULATORIO OSPEDALIERO

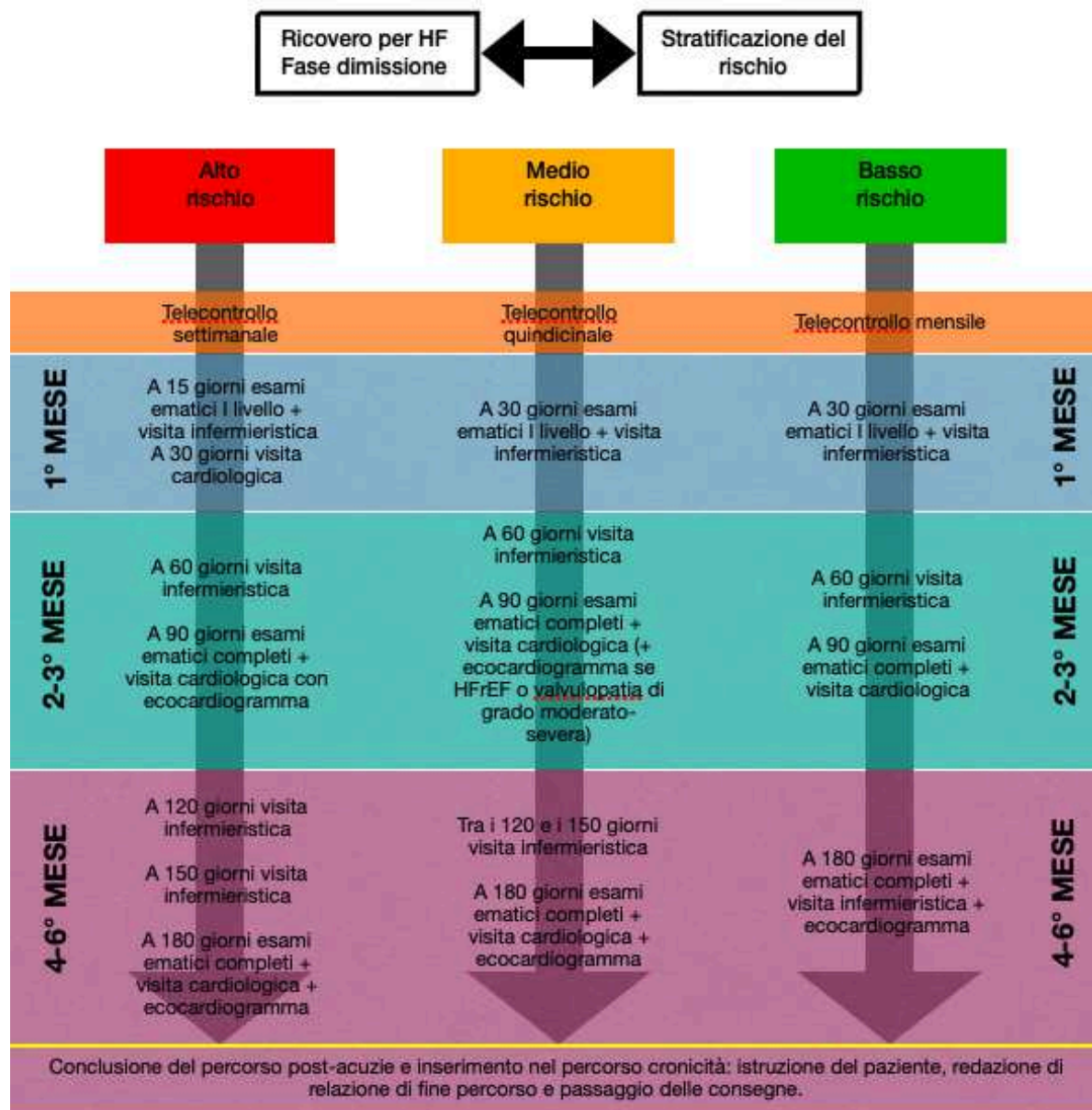
All'ambulatorio SC ospedaliero compete il follow-up dei pazienti in stadio D e della fase post-acuzie dei pazienti ad alto rischio. La gestione dei pazienti prevede una stretta collaborazione con l'ambulatorio aritmie e cardiopatia ischemica, in particolare per i pazienti portatori di ICD/CRT/CRTD, e con il reparto di cardiologia per pazienti per i quali siano previste manovre interventistiche/invasive (es procedure di rivascolarizzazione, impianto di device per resincronizzazione cardiaca e/o ICD, ecc). L'ambulatorio SC ospedaliero potrà inoltre avvalersi dei servizi offerti sul territorio dall'ambulatorio delle cronicità come sopra descritto.


L'accesso all'ambulatorio dello scompenso cardiaco dell'ospedale di Verduno avviene mediante invio da parte del Medico Specialista o del MMG prenotando telefonicamente presso la segreteria degli Ambulatori di Cardiologia dell'Ospedale di Verduno (numero telefonico 0172 1408668).

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 21 di 23

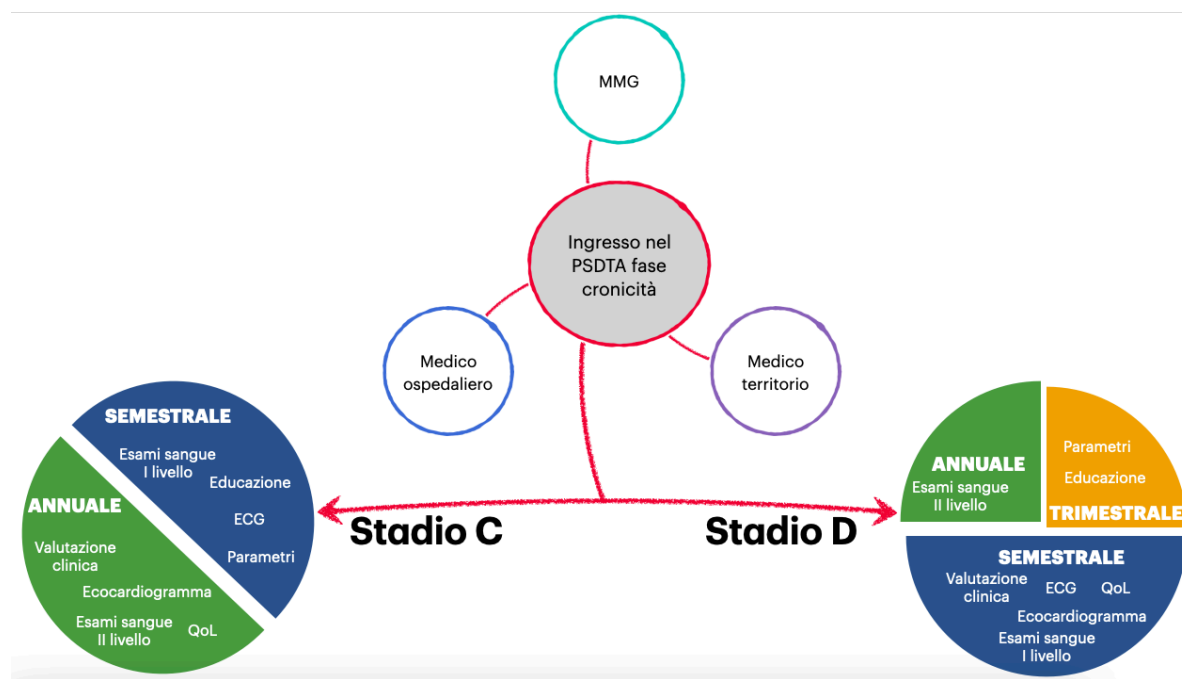
12. RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA

12.1 Flow-chart gestione del paziente con SC in fase post-acuzie



	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 22 di 23

12.2 Flow-chart gestione del paziente con SC in fase di cronicità



13. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA


Il presente PSDTA verrà diffuso tramite gli strumenti di comunicazione aziendale (a titolo esemplificativo: pubblicazione sul sito internet dell'ASL CN2, incontri, corsi di aggiornamento/formazione, reminder, ecc.). Verrà inoltre sviluppato un riassunto sintetico del PSDTA ad uso informativo per gli utenti e per i pazienti.

Nell'implementazione del PSDTA sono coinvolte tutte le figure professionali che seguiranno l'intero percorso di assistenza (MMG, medici specialisti ospedalieri e del territorio, infermieri e altre professioni sanitarie) e gli utenti.

14. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

Nella tabella che segue sono presentati gli indicatori di riferimento.

	Indicatore	Risultato atteso
1.	% pazienti in stadio C arruolati	> 50%
2.	% pazienti in stadio D arruolati	> 80%
3.	% pazienti in fase di dimissione arruolati	> 80%

	Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO	Codice: PSDTA SGQ 01
		Data: 27 maggio 2024
		Revisione: 1
		Pagina 23 di 23

15. PIANO DI ADEGUAMENTO

A seguito della definizione delle criticità di applicazione del PSDTA viene pianificato l'intervento di miglioramento, riportando e dando evidenza delle azioni correttive e preventive da effettuare, i professionisti coinvolti e i tempi di esecuzione.

Dopo l'attuazione dell'intervento di miglioramento si procede con la messa in atto di una nuova verifica di applicazione e di un nuovo piano di adeguamento.

L'esito finale dell'approccio per PSDTA è di innescare un processo continuo di miglioramento della qualità secondo i modelli noti in letteratura, per i quali (Busse et al 2019) le tre principali dimensioni della qualità sono:

- sicurezza (ad esempio, corretta selezione delle terapie farmacologiche)
- efficacia (adozione di scelte basate sulle evidenze)
- centralità del paziente (coinvolgimento del paziente a vari livelli)

Il PSDTA mira inoltre a sviluppare le tre principali attività strategiche in termini di qualità:

- fissare gli standard
- monitorare il percorso
- assicurare il miglioramento sulla base del monitoraggio

16. AGGIORNAMENTO

Il gruppo di lavoro svolge, a cadenza periodica, attività di aggiornamento per attestare che quanto proposto nel PSDTA sia sempre in linea con le evidenze scientifiche disponibili e con le eventuali modifiche degli assetti organizzativi del lavoro in ogni ambito coinvolto dal PSDTA.

17. ARCHIVIAZIONE

Al fine di permettere una rapida identificazione e reperibilità dei documenti originali per la loro consultazione si suggerisce fortemente l'archiviazione su supporto informatico. Le varie copie emesse dei documenti vengono mantenute presso l'area di lavoro in cui sono necessarie dai singoli Responsabili, entro appositi raccoglitori sui quali è identificato esternamente il contenuto in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

18. ALLEGATI

- Allegato 1 - Modulo invio paziente scompenso cardiaco acuto
- Allegato 1bis - Modulo invio paziente scompenso cardiaco cronico
- Allegato 2 - Flow-chart arruolamento paziente
- Allegato 3 - Scheda monitoraggio
- Allegato 4 - Questionario Scala di Morisky
- Allegato 5 - EHFSB italiano
- Allegato 6 - MLHFQ italiano