



OTTIMIZZAZIONE RETE INTEGRATA T-H-T SCOMPENSO CARDIACO

**GOVERNANCE PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
RIABILITATIVO ASSISTENZIALE (PDTRA) DEL PAZIENTE
CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO**

INDICE

1.1 Razionale

1.2 Componenti il Gruppo di Progetto

1.3 Analisi del contesto

1.4 Obiettivi e Impegni

2.1 Mappatura Centri Regionali

2.2 Stadiazione e classificazione pazienti

2.3 Setting assistenziali e Matrice di Responsabilità

2.4 DGF PDTRA Scompenso Cardiaco (cronico e acuto)

2.5 Protocolli clinico organizzativi

3.1 Indicatori di attività, esito, appropriatezza, processo

3.2 Schema SW Gestionale

4.1 Auditing

4.2 Reporting

5 Bibliografia e riferimenti normativi

6 Allegati

1.1 Razionale

Il numero crescente di pazienti affetti da Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) e l'aumento esponenziale della spesa sanitaria per questa patologia, impongono di ridisegnare i percorsi sanitari di cura.

Con il DGR n.418 del 28/03/2007 è stato approvato il Protocollo Attuativo dello SCC in attuazione dei contenuti della Consensus Conference sui "modelli gestionali dello Scompenso Cardiaco", che individua come modello organizzativo del percorso assistenziale del paziente con SCC la rete integrata tra le strutture e servizi così da consentire il decentramento delle attività e creare interazione di competenze, ottimizzando l'impiego delle risorse in stretta collaborazione e sinergia tra ospedale e territorio.

Per garantire la realizzazione di tale modello in ambito regionale va promossa l'attivazione di una rete organizzativa integrata, composta dalle strutture dipartimentali dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera e dell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza, con l'obiettivo di introdurre sistemi di gestione innovativi, fondati su logiche di network mediante interscambio delle risorse disponibili ma anche sul confronto delle varie professionalità impiegate nelle diverse aziende e sulla loro formazione continua.

La gestione integrata e multidisciplinare del paziente con scompenso cardiaco secondo il modello della rete integrata, ha dimostrato evidenti vantaggi riguardo:

- _ il miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita;
- _ l'educazione dei pazienti, l'adesione e la capacità di autogestione della terapia;
- _ l'individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione;
- _ il controllo della progressione della malattia, la riduzione dei ricoveri ospedalieri e della mortalità

La formalizzazione e condivisione del Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo Assistenziale (PDTRA) del paziente con scompenso cardiaco intende:

- recuperare e valorizzare quanto sinora prodotto in Regione Basilicata riguardo la gestione dello SCC, con una nuova ed integrata proposta di governance (clinico-economica) del paziente con Scompenso Cardiaco, da presentare alle Istituzioni per la validazione e successiva implementazione nei vari Centri regionali;
- rifarsi alle logiche legate alla Sanità d'iniziativa, in grado di anticipare i bisogni di salute in modo proattivo, prima che la malattia insorga o si aggravi, nonché di garantire livelli di assistenza differenziati in relazione al livello di rischio;
- valorizzare il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG), con l'obiettivo di ottimizzare l'iter diagnostico, terapeutico e di aderenza al programma terapeutico individuale stabilito dallo specialista;

- uniformare la Rete Regionale al rispetto delle regole di accesso (paziente indirizzato verso la struttura con profilo di competenze e risorse tecnologiche più idonea a garantire una prestazione commisurata al bisogno/profilo di rischio del paziente), secondo modalità per l'individuazione dei trattamenti di cura da effettuarsi presso le varie strutture, definite da linee guida e Best Practice condivise dagli specialisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- ottimizzare processi di cura per ridurre gli sprechi, garantendo la disponibilità di risorse, al fine di consentire approcci terapeutici innovativi ed efficaci, con l'obiettivo di abbattere le ospedalizzazioni e la mortalità;
- implementare il Registro Scompenso Basilicata per l'elaborazione dei dati epidemiologici, di appropriatezza, di esito e di costo anche in ottica di Real World Evidence (RWE), in ottica di misurabilità dei risultati

In conclusione, lo scenario attuale della sanità vede una rete di servizi e strutture ricca e qualificata, ma caratterizzata da frammentarietà di interventi e ridotto "dialogo" tra i suoi componenti.

Pur dando atto che questo sviluppo ha portato a raggiungere posizioni di eccellenza in molti settori – a livello nazionale e internazionale che vanno conservate e ulteriormente valorizzate - è tuttavia indubbio che se un sistema costruito sulla specializzazione dell'offerta si adatta facilmente alla domanda per acuti (che richiede interventi rapidi ed immediati), lo stesso sistema poco risponde alle problematiche di gestione delle patologie croniche.

Diversa è pertanto l'ottica per analizzare l'attuale sistema sanitario al fine di rapportarlo agli specifici bisogni di cura delle patologie croniche.

Gli elementi caratterizzanti il PDTRA Scompenso Cardiaco devono rifarsi quindi alle logiche legate alla Sanità di Iniziativa (mobilitazione del paziente), in grado di anticipare i bisogni di salute in modo proattivo e alla Medicina di Genere, per tenere conto dei diversi modi in cui uomini e donne affrontano la malattia: l'obiettivo è quello di ottimizzare l'iter diagnostico, terapeutico e di aderenza al programma terapeutico individuale stabilito dal medico.



1.2 Componenti Gruppo di Progetto

Steering Committee, avente la responsabilità di definire gli obiettivi di progetto, gli indicatori di risultato e di attivare momenti di coordinamento e verifica dell'operato del Panel tecnico-scientifico, composto dai seguenti professionisti:

G. Montagano - Dipartimento Politiche della Persona - Regione Basilicata
D. Adduci - Direttore Sanitario ASM
A. Sacco - Consulente Direzione Sanitaria ASM
G. Annese - Direttore Sanitario Presidi Ospedalieri ASM
G. Calculli - Cardiologia ASM
B. Silvestri - Cardiologia ASM
R. Tataranno - Presidente Ordine dei Medici Matera
R. Paternò - Presidente Ordine dei Medici Potenza
P. Loiodice - Presidente Associazione Amici del Cuore – Matera
V. Capogrosso - Cardiologia Melfi
G.S. Gubelli - Cardiologia Melfi
V. Petrarà - Servizio Professioni Sanitarie e Sociali ASM
F.A. Di Cuia - Farmacia ASM
A. Carretta - Farmacia ASP
A. Coviello - Presidente Regionale SIMMG

Panel tecnico-scientifico, costituito dai Referenti dei Centri regionali preposti alla diagnosi e trattamento del Pz. con SC ed avente il compito di definire le best practice clinico-organizzative e di attivare un sistema di monitoraggio degli indicatori di performance del sistema, composto dai seguenti professionisti:

G. Calculli - Cardiologia ASM
B. Silvestri - Cardiologia ASM
A. Cardinale - Cardiologia ASM
I. Detommaso - Cardiologia San Carlo Potenza
M. Petrucci - Cardiologia San Carlo Potenza
M.L. Fasano - Cardiologia San Carlo Potenza
V. Capogrosso - Cardiologia Melfi G.S.
Gubelli - Cardiologia Melfi
E. Fanchiotti - Cardiologia Villa d'Agri
L. Truncellito - Cardiologia Policoro
A. Andriani - Cardiologia Policoro
R. Lauletta - Cardiologia Lagonegro
M. Petrone - Cardiologia ASP
S. Giannuzzi - Area della Cronicità ASM
E. Giordano - Medico di Medicina Generale ASP
N. Falotico - Medico di Medicina Generale ASM

1.3 Analisi del contesto

Il numero crescente di pazienti affetti da Scompenso Cronico e l'aumento esponenziale della spesa sanitaria per questa patologia, impongono di ridisegnare i percorsi sanitari di cura. La gestione integrata e multidisciplinare del Pz. con scompenso ha dimostrato evidenti vantaggi riguardo:

- il miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita
- l'educazione dei pazienti, l'adesione e la capacità di autogestione della terapia
- l'individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione
- il controllo della progressione della malattia, la riduzione dei ricoveri ospedalieri e della mortalità

Il paziente con scompenso dovrà avere come riferimento stabile il proprio MMG, fare riferimento agli ambulatori specialistici territoriali e, per esigenze maggiori, agli ambulatori ospedalieri.

In questo contesto l'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali e la flessibilità per modulare l'organizzazione in rapporto all'evolversi dei bisogni di cura, sono le chiavi principali nelle mani delle Istituzioni regionali per svolgere una efficace Governance clinico-economica.

I dati nazionali riportano una prevalenza dello SC pari all'1.5% della popolazione italiana = 1 000 000 di pazienti, una incidenza nei prossimi 10 anni del 2.3%; lo SC rappresenta una delle maggiori voci di costo sostenuti dal SSN, è la seconda causa di ospedalizzazione dopo il parto naturale, presenta un alto tasso di riospedalizzazioni e è la prima causa di morte.

La ricerca relativa ai dati 2016 è stata effettuata con i seguenti dati:

-DRG 127 per:

- 1) i ricoveri ospedalieri ordinari e in DH,
- 2) il tasso di ospedalizzazione,
- 3) la durata media di degenza
- 4) la mortalità intraospedaliera
- 5) tasso di riammissione a 30 gg e a sei mesi per la mortalità e la riammissione a 30 gg si è fatto riferimento al periodo 1/12/15 > 1/12/16 per la mortalità e la riammissione a sei mesi si è fatto riferimento al periodo 1/06/15 >1/06/16

- per il calcolo della popolazione affetta si è calcolato, oltre ai ricoveri per DRG 127 anche i ricoveri contenenti i codici diagnostici "scompenso cardiaco" (428,xxx, 404, 401 ecc...) nelle diagnosi secondarie + le esenzioni per patologia (cod. esenz. 021).

I dati relativi alle prestazioni ambulatoriali e alla farmaceutica che necessariamente dovrebbero essere incrociati per rendere attendibile il calcolo della popolazione affetta sono risultati complessi e poco attendibili, per l'assenza di strutture esclusivamente dedicate su tutto il territorio regionale e la specificità della terapia abitualmente prescritta in questi pazienti

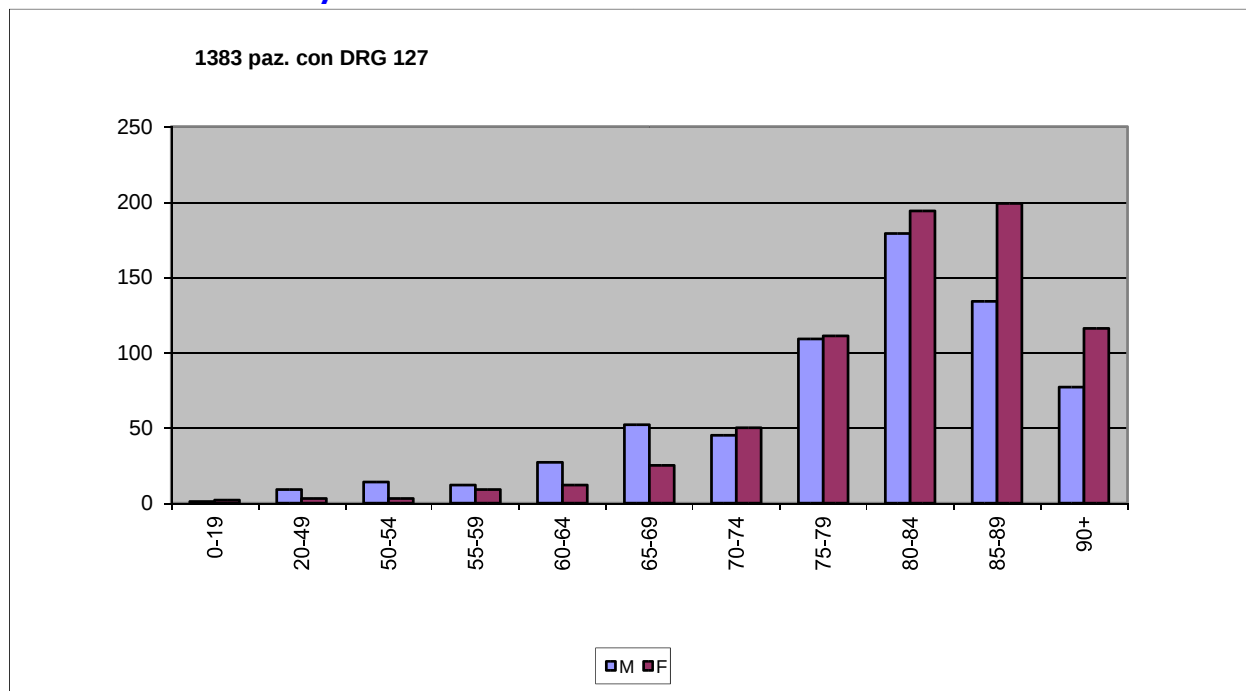
I dati ricavati ad oggi relativi al 2016 sono i seguenti:

- popolazione residente al 1/1/16: 573694
popolazione con sc cardiaco accertato (solo ricoveri codici con sc.c. ed esenzione 021): 4072
- tasso di prevalenza 0,7%
- ricoveri DRG 127 (residenti, ricoveri anche fuori regione): 1383
- tasso di ospedalizzazione: 2,86
- recidiva di ricovero a 30 gg: 21% (il sesso femminile ha riammissioni più frequenti)
- recidiva di ricovero a 180 gg (in lavorazione)
- mortalità totale: N/D
- mortalità intraospedaliera: 8,9%
- mortalità a 30 gg (in lavorazione)
- mortalità a 180 gg (in lavorazione)

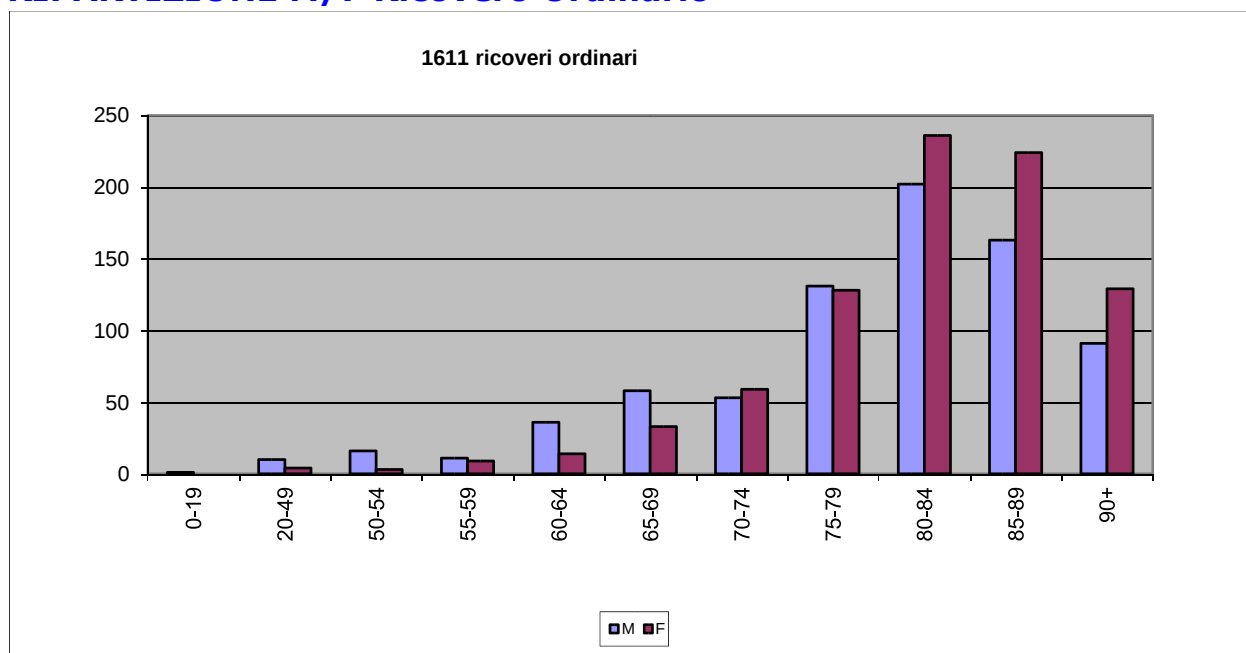
Dai codici diagnostici 402, 414 ecc. (cardiopatía ipertensiva, cardio-nefropatia ipertensiva, cardiopatía ischemica cronica: **senza menzione di scompenso**, ma che hanno avuto ricoveri) è stata ricavata una stima approssimativa dei pazienti sicuramente a rischio scompenso (STADIO A). Questo dato è senz'altro sottostimato perché riguarda solo i pazienti che hanno avuto ricoveri (sia diagnosi primaria che secondaria).

INDICATORE	VALORE ITALIA	VALORE BASILICATA
1.TASSO DI PREVALENZA	2%	0,7%
2.NUMEROSITA' PZ. PER STADIAZIONE		3044
3.TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (1000 abitanti)	2,8	2,86
4.DURATA MEDIA DEGENZA	9,3	10,27
5.MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA	5-7%	8,9%
6.MORTALITA' 30gg	10%	10,6%
7.MORTALITA' a 12 MESI	24%	10,2% a 180gg
8.MORTALITA' A 5 ANNI	50%	
9.TASSO DI RIAMMISSIONE 30gg	25%	4,5%
10.TASSO DI RIAMMISSIONE 6 MESI	50%	3,6% (tra 31 e 180gg)
11.%PZ. CON PRESCRIZIONE ACE-I o ARB	89,2	
12.%PZ. CON PRESCRIZIONE BETA-BLOCCANTI	88,9	
13.% MOBILIZZAZIONE DEL PZ. CON VISITA DI FOLLOW UP POST DIMISSIONE A 30gg (o altro lasso temporale)	8,3% a 30gg	

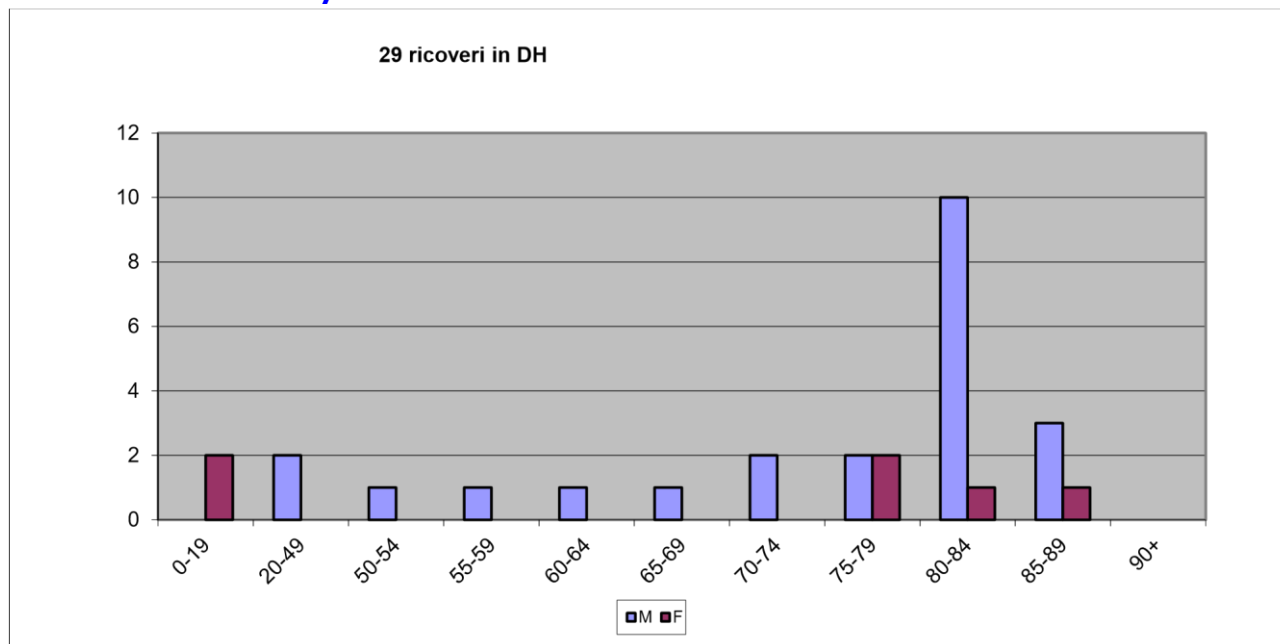
RIPARTIZIONE M/F DRG 127



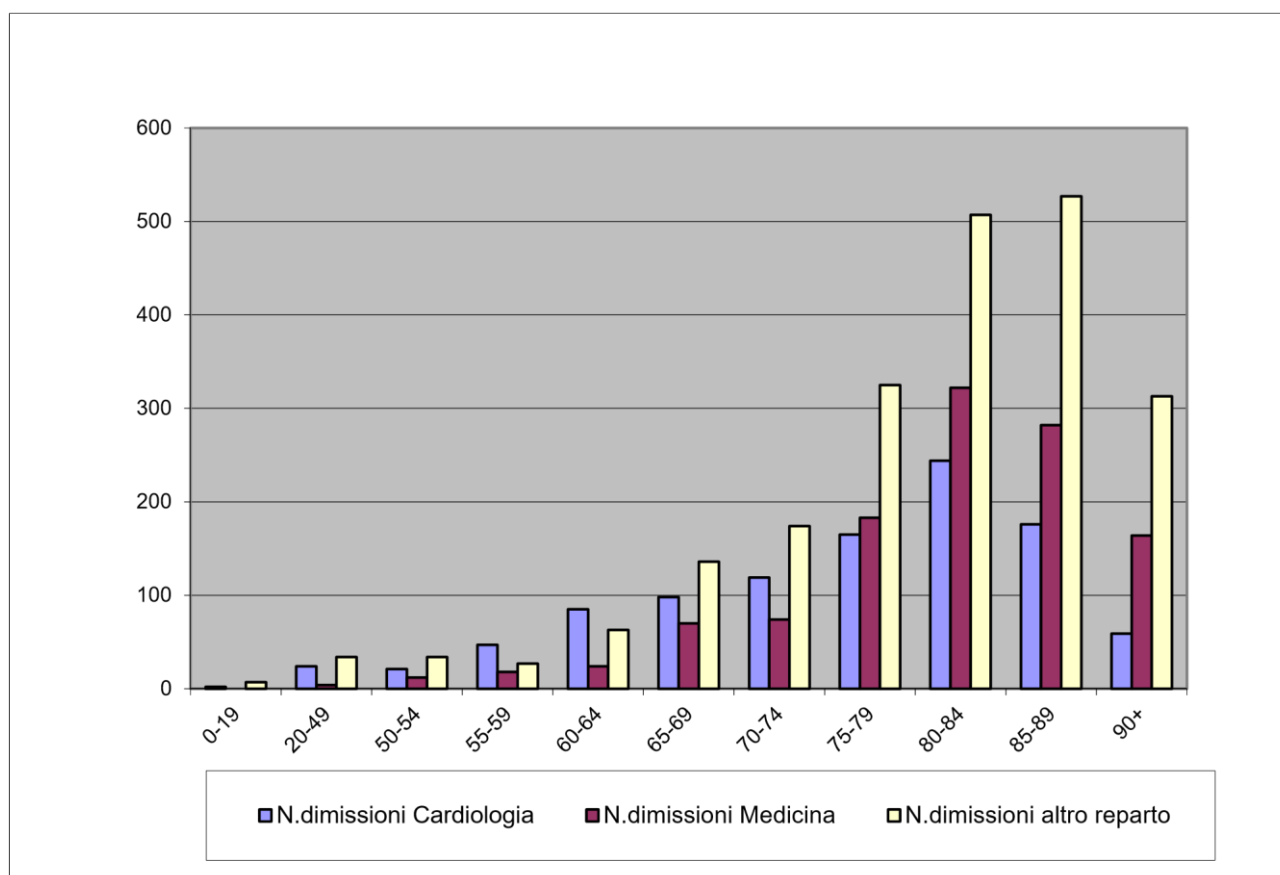
RIPARTIZIONE M/F Ricovero Ordinario



RIPARTIZIONE M/F Ricovero DH



RIPARTIZIONE DIMISSIONI PZ. PER FASCIA DI ETA'



DEGENZIA MEDIA

fascia	giornate di degenza A	gg degenza 1 giorno B	ggdeg >1gg C	nr ric D	DM (A-B)/(D-B)
A	24	0	24	3	8,00
B	151	2	149	16	10,64
C	247	0	247	20	12,35
D	203	1	202	21	10,10
E	459	4	455	51	9,68
F	777	2	775	92	8,61
G	1302	2	1300	114	11,61
H	2871	6	2865	263	11,15
I	4158	13	4145	449	9,51
L	3963	11	3952	391	10,40
M	2198	12	2186	220	10,51
	16353	53	16300	1640	10,27

PARAMETRI ECONOMICI COSTI DEGENZA

(diagnosi principale o secondaria Cod. 428* e Cod. 402)

Costo medio per ricovero	Valori medi pro capite				Costo medio per assistito (ord.+DH)			Costo medio per pz ricoverato 2016 (ord.+DH)			Reparto dimissione dal ricovero in Dimissione Ordinaria		
	Ricoveri ordinari			Giornate di degenza	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	N.dimissioni Cardiologia	N.dimissioni Medicina	N.dimissioni altro reparto
	M	F	Tot										
	M	F	Tot										
2.491	1,00	0,00	0,33	3,00	380	470	415	4.181	1.647	2.491	2		7
2.889	1,11	1,33	1,17	10,50	500	349	449	3.779	4.070	3.852	24	4	34
3.383	1,14	1,00	1,12	14,24	710	527	657	3.705	5.265	3.980	21	12	34
3.027	0,92	1,00	0,95	9,62	363	625	448	2.901	3.195	3.027	47	18	27
2.984	1,33	1,17	1,28	11,36	747	883	784	3.902	3.901	3.902	85	24	63
3.074	1,12	1,32	1,18	9,96	847	854	849	3.485	4.063	3.673	98	70	136
3.208	1,18	1,18	1,18	13,38	854	1.377	1.060	3.964	3.745	3.849	119	74	174
3.243	1,20	1,15	1,18	12,99	1.309	1.453	1.376	4.024	3.732	3.877	165	183	325
3.082	1,13	1,22	1,17	10,88	1.466	1.570	1.519	3.645	3.770	3.710	244	322	507
3.139	1,22	1,13	1,16	11,81	1.466	1.446	1.454	3.819	3.597	3.686	176	282	527
3.107	1,18	1,11	1,14	11,39	1.493	1.487	1.489	3.490	3.576	3.542	59	164	313
3.130	1,17	1,16	1,16	11,65	1.161	1.370	1.261	3.735	3.690	3.712	1.040	1.153	2.147

DECESSI (DIMISSIONE/30gg/30-180gg)

DRG 127	Deceduti alla dimissione			Deceduti entro i 30 gg dopo le dimissioni		Deceduti dopo 30 gg ed entro i 180 gg dalla dimissione	
fascia	F	M	Tot	F	M	F	M
A	0	0	0	0	0	0	0
B	0	2	2	0	3	1	0
C	0	1	1	0	0	0	0
D	2	0	2	0	0	0	0
E	1	0	1	0	5	0	0
F	0	4	4	2	2	3	5
G	2	1	3	2	3	6	4
H	6	6	12	9	8	9	7
I	17	13	30	24	21	8	16
L	16	12	28	24	14	28	23
M	26	15	41	15	15	13	19
tot	70	54		76	71	68	74

- mortalità intraospedaliera=8,9%
- mortalità a 30 gg= 10,6%
- mortalità tra 31 e 180gg=10,2%

1.4 Obiettivi e Impegni

- Diagnosi precoce e mobilitazione del paziente con SC
- Minore tasso di riammissione a 30 gg
- Minore durata media della degenza
- Minore costo per paziente per anno (farmaci, degenza, diagnostica)
- Maggiore appropriatezza nella terapia farmacologica (rif. prescrittore e paziente, con focus Gender)
- Maggiore appropriatezza nel follow up (rif. prescrittore e paziente)

attraverso :

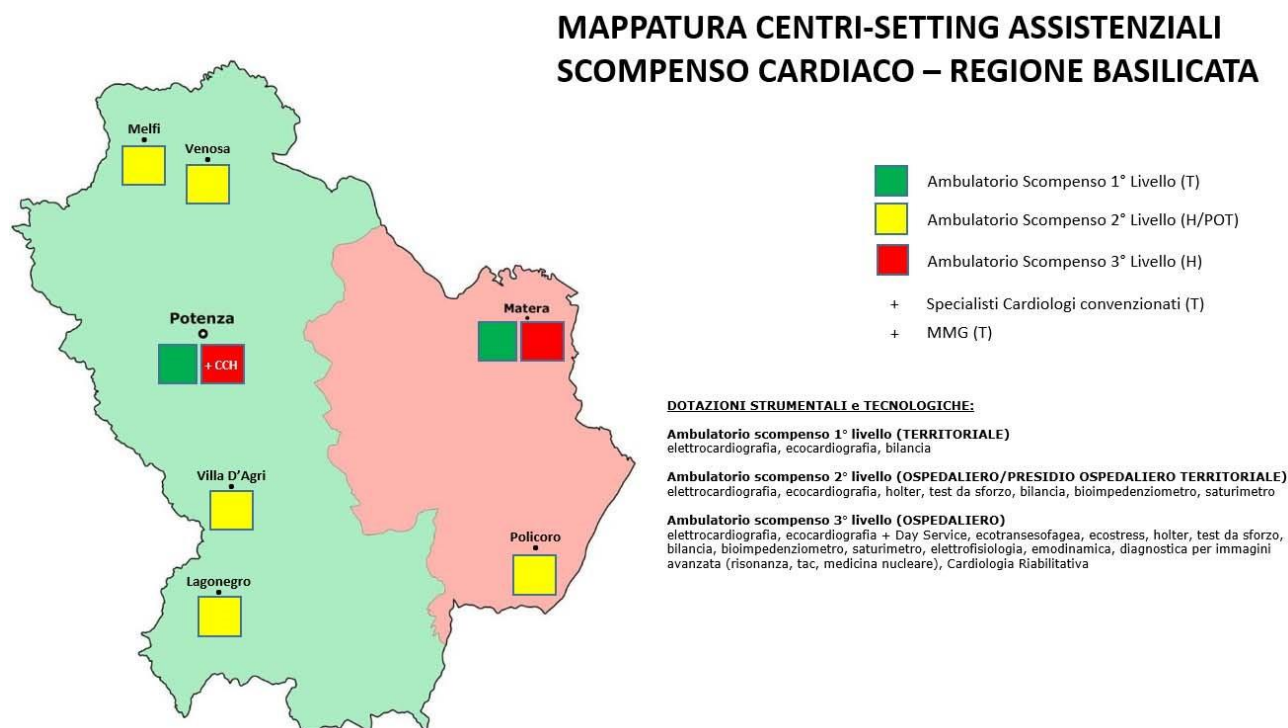
- Minori tempi di attesa per consulenza cardiologica (fast track)
- Maggiore efficacia nella comunicazione medico-paziente (compliance)
- Maggiore efficienza nel flusso informativo tra MMG - Specialisti T - Specialisti H (strutture e risorse dedicate con i relativi profili di attività-responsabilità)
- Maggiore coinvolgimento dell'Amministrazione (obiettivi di budget, strumenti di controllo, criteri di passaggio tra i diversi setting assistenziali validati e certificazione del PDTRA Scompenso Cardiaco)

In sintesi, la mission di progetto è rivolta a garantire la costruzione di un percorso omogeneo per il paziente con scompenso cardiaco attraverso l'identificazione di un "minimum data set" di azioni comuni da attuare in tutte le strutture sanitarie regionali, a garanzia di:

1. equità di trattamento
2. tracciabilità e misurabilità degli atti diagnostico-clinici in ottica di appropriatezza e corretto utilizzo delle risorse
3. governance e mobilitazione del paziente secondo setting assistenziali appropriati
4. profili di responsabilità dei diversi operatori-strutture (T-H-T) identificati con precisione e condivisi
5. misurabilità delle performance (volumi di attività, indicatori di processo, di appropriatezza, di esito) in logica bilanciata e di real world evidence

Il livello di performance della Rete Scompenso Cardiaco Regione Basilicata viene misurato attraverso il monitoraggio di uno specifico panel di indicatori.

2.1 Mappatura Centri Regionali



2.2 Stadiazione e classificazione pazienti

STADIO A - paziente asintomatico ma a rischio scompenso cardiaco

- ipertensione
- pazienti con diabete mellito;
- pazienti con IRC;
- storia familiare di cardiomiopatie primitive;
- terapie cardiotossiche (chemioterapie, antidepressivi maggiori, eccesso di FANS, stupefacenti)
- altro: (es: ipercolesterolemia, fumo di sigaretta, abuso di alcool, farmaci, ecc.)

STADIO B - paziente con disfunzione VS asintomatica di qualunque origine

STADIO C - paziente con scompenso cardiaco all'esordio o cronico, sintomatico (secondo CLASSIFICAZIONE funzionale NYHA I-IV)

Presenza di cardiopatia strutturale con sintomi di SC pregressi o in corso	I	Nessuna limitazione dell'attività fisica. L'attività fisica ordinaria non causa sintomi di SC, quindi di stabilità clinica;
	II	Lieve limitazione dell'attività fisica. Asintomatico a riposo, ma l'ordinaria attività fisica provoca l'insorgenza di sintomi di SC;
	III	Limitazione marcata dell'attività fisica. Asintomatico a riposo, ma un'attività fisica più lieve di quella ordinaria, provoca l'insorgenza di sintomi di SC;
	IV	
		Presenza di sintomi di SC a riposo. Impossibilità a svolgere qualunque attività fisica senza sintomi di SC.

STADIO D1 - paziente con scompenso cardiaco avanzato non candidabile a procedure Chirurgiche (VAD-trapianto), pazienti con grave riduzione dell'autonomia per problemi sociali o per patologie gravi coesistenti. Paziente preferibilmente candidabile ad ADI

STADIO D2 - pazienti che siano stati sottoposti o siano candidabili ad impianto di VAD o trapianto

2.3 Setting assistenziali e Matrice di Responsabilità

Classif.ne Paziente	MMG	Card. Territorio	Cardiologia Ospedaliera Terapia intensiva (1) Reparto Degenza (2) Unità Scompenso (3)	Cardiol. Riab.va	Reparto internistico (1) Ambulatorio Internistico (2)	Ambulatorio Scompenso	I.P. Dedicato	Ass. Volont.	Centro Trap.	ADI/HOSPICE
A	X	X								
B	X	X				X				
C NYHA I	X	X				X				
C NYHA II	X	X	X (2-3)	X	X (1,2)	X	X	X		
C NYHA III		X	X (2-3)	X	X (1)	X	X	X		
C NYHA IV			X (1-2-3)							
D1	X		X (1-2-3)		X (1)	X	X	X		X
D2			X (1-2-3)						X	X

SETTING ASSISTENZIALE PER PAZIENTE DI STADIO A

MMG:

- visita
- diagnosi
- terapia
- invio a Cardiologo Specialista (se necessario)
- follow up periodico

CARDIOLOGO TERRITORIO:

- visita
- esami strumentali (ECG, ECOCuore)
- richiede esami di laboratorio (patologia oriented)
- richiede ulteriori indagini strumentali (se necessario)
- invia ad altri Specialisti per patologie associate
- terapia

SETTING ASSISTENZIALE PER PAZIENTE DI STADIO B

MMG:

- visita periodica programmata (frequenza secondo indicazione del sanitario) per verifica precoce insorgenza di sintomatologia riferibile a scompenso
- programmazione visite specialistiche di controllo (ECG + visita cardiologica annuale in assenza di segni di scompenso)
- controllo compliance alla terapia

- revisione terapia (se necessario) in collaborazione con il Cardiologo di riferimento
- somministrazione di un questionario per facilitare la identificazione del paziente Classe B2 (con patologia cardiaca misconosciuta)

CARDIOLOGO TERRITORIO:

- visita specialistica di controllo o su richiesta del MMG
- esami strumentali (ECG, ECOCuore)
- richiede esami di laboratorio (patologia oriented)
- richiede ulteriori indagini strumentali (in particolare stratificazione del rischio aritmico) □
invia ad altri Specialisti per patologie associate
- terapia
- redige il referto secondo Format codificato e validato

SETTING ASSISTENZIALE PER PAZIENTE DI STADIO C – CLASSE NYHA I:

MMG:

- controllo della stabilità clinica, con visite periodiche trimestrali (in assenza di sintomi di instabilizzazione)
- controllo della compliance del paziente alla terapia
- invio del paziente al Cardiologo di riferimento per lo scompenso con frequenza annuale (in assenza di sintomi di instabilizzazione)

CARDIOLOGO TERRITORIO:

- controllo del paziente per valutazioni periodiche (visita, ECG, ECO) o su richiesta del MMG per intervenuta instabilizzazione
- in caso di instabilizzazione invio alla struttura dedicata del Presidio Ospedaliero

AMBULATORIO SCOMPENSO:

- prima visita per paziente con scompenso cardiaco su richiesta da parte dei vari operatori preposti alla patologia
- consulenze per reparti ospedalieri e PS per la presa in carico dei pazienti
- follow up dei pazienti affetti da scompenso cardiaco presi in carico con visite periodiche in relazione alla situazione clinica del paziente
- attivazione del Day Service Scompenso (quando necessario, in particolare per prima diagnosi) con utilizzo dei PACC

SETTING ASSISTENZIALE PER PAZIENTE DI CLASSE C - NYHA II:

MMG:

- controllo della stabilità clinica, con visite periodiche trimestrali (in assenza di sintomi di instabilizzazione)
- controllo della compliance del paziente alla terapia
- invio del paziente al Cardiologo di riferimento per lo scompenso con frequenza annuale (in assenza di sintomi di instabilizzazione)

CARDIOLOGO TERRITORIO:

- controllo del paziente per valutazioni periodiche (visita, ECG, ECO) o su richiesta del MMG per intervenuta instabilizzazione
- in caso di instabilizzazione invio alla struttura dedicata del Presidio Ospedaliero

UNITA' SCOMPENSO H:

- prima visita per paziente con scompenso cardiaco su richiesta da parte dei vari operatori preposti alla patologia
- consulenze per reparti ospedalieri e PS per la presa in carico dei pazienti
- follow up dei pazienti affetti da scompenso cardiaco presi in carico con visite periodiche in relazione alla situazione clinica del paziente
- attivazione del Day Service Scompenso (quando necessario, in particolare per prima diagnosi) con utilizzo dei PACC

CARDIOLOGIA RIABILITATIVA (ambulatoriale):

- definizione del rischio cardiovascolare individuale, correzione dei fattori di rischio e formalizzazione del PRI
- attuazione del PRI
- verifica periodica della stabilità clinica e funzionale del paziente

REPARTO INTERNISTICO H:

- trattamento dell'acuzie
- definizione della diagnosi
- attivazione terapia
- segnalazione e invio del paziente alla struttura dedicata per il follow up

REPARTO CARDIOLOGIA H:

- trattamento dell'acuzie
- definizione della diagnosi
- attivazione terapia
- segnalazione e invio del paziente alla struttura dedicata per il follow up

AMBULATORIO INTERNISTICO H:

- controllo del paziente per valutazioni periodiche (visita, ECG) o su richiesta del MMG per intervenuta instabilizzazione
- in caso di instabilizzazione invio alla struttura dedicata del Presidio Ospedaliero

INFERMIERE DEDICATO:

- follow up telefonico e compilazione scheda monitoraggio
- in caso di percepite anomalie, in collaborazione con il medico dedicato, convoca il paziente per una visita di controllo
- il medico dedicato in caso di anomalie risolvibili a distanza modifica la terapia
- fornisce informazioni al paziente/caregiver riguardo lo stile di vita e la gestione della patologia a domicilio

ASSOCIAZIONE VOLONTARI:

- attivazione gruppi di ascolto
- assistenza in ambito ospedaliero
- assistenza in ambito domiciliare

SETTING ASSISTENZIALE PER PAZIENTE DI CLASSE C - NYHA III:

CARDIOLOGO TERRITORIO:

- controllo del paziente sul territorio e/o a domicilio (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o del medico ADI per intervenuta instabilizzazione
- in caso di instabilizzazione invio alla struttura dedicata del Presidio Ospedaliero

UNITA' SCOMPENSO H:

- valutazione del paziente (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o su richiesta di altri specialisti ospedalieri per intervenuta instabilizzazione
- in caso di accertata instabilizzazione avvio delle ulteriori indagini necessarie (Holter, Test da sforzo, indagine emodinamica, etc.)

CARDIOLOGIA RIABILITATIVA (ambulatoriale/degenziale):

- definizione del rischio cardiovascolare individuale, correzione dei fattori di rischio e formalizzazione del PRI
- attuazione del PRI
- verifica periodica della stabilità clinica e funzionale del paziente

REPARTO INTERNISTICO H:

- trattamento dell'acuzie
- definizione della diagnosi
- attivazione terapia
- segnalazione e invio del paziente alla struttura dedicata per il follow up

REPARTO CARDIOLOGIA H:

- trattamento dell'acuzie
- definizione della diagnosi
- attivazione terapia
- segnalazione e invio del paziente alla struttura dedicata per il follow up

AMBULATORIO SCOMPENSO:

- visita per paziente con scompenso cardiaco su richiesta da parte dei vari operatori preposti alla patologia
- consulenze per reparti ospedalieri e PS per la presa in carico dei pazienti
- follow up dei pazienti affetti da scompenso cardiaco presi in carico con visite periodiche in relazione alla situazione clinica del paziente
- attivazione del Day Service Scompenso (quando necessario, in particolare per prima diagnosi) con utilizzo dei PACC

INFERMIERE DEDICATO:

- follow up telefonico e compilazione scheda monitoraggio
- in caso di percepite anomalie, in collaborazione con il medico dedicato, convoca il paziente per una visita di controllo
- il medico dedicato in caso di anomalie risolubili a distanza modifica la terapia
- fornisce informazioni al paziente/caregiver riguardo lo stile di vita e la gestione della patologia a domicilio

ASSOCIAZIONE VOLONTARI:

- attivazione gruppi di ascolto
- assistenza in ambito ospedaliero
- assistenza in ambito domiciliare

SETTING ASSISTENZIALE PER PAZIENTE DI CLASSE C - NYHA IV:

TERAPIE INTENSIVE (UTIC, RIANIMAZIONE):

- gestione della fase di acuzie con terapie specifiche e indagini di secondo livello
- invio del paziente stabilizzato in degenza ordinaria

REPARTO DEGENZA H:

- trattamento dell'acuzie
- definizione della diagnosi
- attivazione terapia
- segnalazione e invio del paziente alla struttura dedicata per il follow up

UNITA' SCOMPENSO H:

- valutazione del paziente (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o su richiesta di altri specialisti ospedalieri per intervenuta instabilizzazione
- in caso di accertata instabilizzazione avvio delle ulteriori indagini necessarie (Holter, Test da sforzo, indagine emodinamica, etc.)

SETTING ASSISTENZIALE PER PAZIENTE DI CLASSE D1:

MMG:

- controllo della stabilità clinica, con visite periodiche trimestrali (in assenza di sintomi di instabilizzazione) in collaborazione con il Cardiologo Territorio e Medico ADI e con lo Specialista della struttura dedicata allo scompenso cardiaco
- controllo della compliance del paziente alla terapia
- invio del paziente alla struttura ospedaliera di riferimento solo in caso di accertata e assoluta necessità

TERAPIE INTENSIVE (UTIC, RIANIMAZIONE):

- gestione della fase di acuzie con terapie specifiche e indagini di secondo livello
- invio del paziente stabilizzato in degenza ordinaria

REPARTO DEGENZA H:

- trattamento dell'acuzie
- definizione della diagnosi
- attivazione terapia
- segnalazione e invio del paziente alla struttura dedicata per il follow up

UNITA' SCOMPENSO H:

- valutazione del paziente (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o su richiesta di altri specialisti ospedalieri per intervenuta instabilizzazione
- in caso di accertata instabilizzazione avvio delle ulteriori indagini necessarie (Holter, Test da sforzo, indagine emodinamica, etc.)

SETTING ASSISTENZIALE PER PAZIENTE DI CLASSE D2:

TERAPIE INTENSIVE (UTIC, RIANIMAZIONE):

- gestione della fase di acuzie con terapie specifiche e indagini di secondo livello
- invio del paziente stabilizzato in degenza ordinaria

REPARTO DEGENZA H:

- mantenimento della stabilità clinica finalizzata alla procedura di trapianto
- verifica dei criteri di eleggibilità al trapianto [secondo protocollo esistente e gestito dal centro di riferimento trapianti presente nell'Ospedale di Matera] in collaborazione con il Centro di Riferimento Regionale Trapianti (CRT) per il Presidio Ospedaliero di Matera per le procedure di VAD l'Ospedale di riferimento è il S. Carlo di Potenza

UNITA' SCOMPENSO H:

- valutazione del paziente (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o su richiesta di altri specialisti ospedalieri per intervenuta instabilizzazione
- in caso di accertata instabilizzazione avvio delle ulteriori indagini necessarie (Holter, Test da sforzo, indagine emodinamica, etc.)

ADI:

- gestione domiciliare del paziente in attesa di trapianto con il coinvolgimento di tutte le figure necessarie per il mantenimento della stabilità

Di seguito sono riportati in forma tabellare i profili dei diversi professionisti che partecipano nel percorso di presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. Per ogni professionista sono riportate le principali attività svolte durante il percorso e le funzioni esercitate.

MMG
Prevenire lo SC, individuando i soggetti a rischio
Eseguire la diagnosi precoce di SC secondo i criteri validati e concordati
Verificare la stabilità clinica e individuare i soggetti a rischio per le complicanze
Effettuare la valutazione complessiva iniziale
Valutare periodicamente i pazienti con SC e inviare a controllo (Secondo programma di follow up)
Gestire a domicilio con la consulenza dello specialista cardiologo, i pazienti con grave instabilità clinica (ADI Specialistica)
Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici e alla costituzione degli archivi informatizzati dei dati clinici di patologia
Gestire la cartella clinica informatizzata del paziente affetto da SC
Individuare tra i propri pazienti i casi clinici da valutare presso ambulatorio gestione integrata secondo i criteri concordati (I casi clinici da seguire in ambulatorio Gestione Integrata possono essere individuati anche dal Cardiologo Territoriale)
Educare ed informare il paziente ed i familiari anche avvalendosi del personale infermieristico

SPECIALISTI OSPEDALIERI (CARDIOLOGI/INTERNISTI)
Inquadrare i nuovi casi, impostare lo schema terapeutico e redigere la certificazione della malattia cronica ai fini di eventuali piani terapeutici
Fornire consulenza ai medici di Medicina Generale
Individuare tra i pazienti che accedono in ambito ospedaliero, i pazienti con SC che possono essere inclusi nel percorso
Gestire in collaborazione con le altre funzioni preposte i pazienti ad elevata complessità assistenziale (ADI)
Ricevere le urgenze
Collaborare alle attività di formazione del personale coinvolto e alle iniziative di educazione sanitaria, terapeutica e comportamentale del paziente
Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici e alla costituzione degli archivi informatizzati dei dati clinici di patologia
Gestire la cartella clinica informatizzata del paziente affetto da SC
Collaborare per l'efficiente ed efficace funzionamento degli ambulatori dedicati alla scompenso

CARDIOLOGO DEL TERRITORIO
Organizzare sportello dedicato per Scompenso Cardiaco (per pazienti con Cardiopatia Strutturale e Scompenso Cardiaco pregresso o in atto)
Organizzare insieme ai dirigenti responsabili ASP il gruppo operativo per la gestione dello Scompenso Cardiaco e le Comorbidità (Cardiologi o Internisti Infermieri personale amministrativo, Diabetologi, Pneumologi, Nefrologi, Psicologi, Dietisti)
Stabilire per ogni paziente in accordo con le linee guida un iter diagnostico e proporre al MMG la terapia
Eseguire una Stratificazione prognostica e dare indicazione a ricovero Ospedaliero proponendo poi l'applicazione di Device

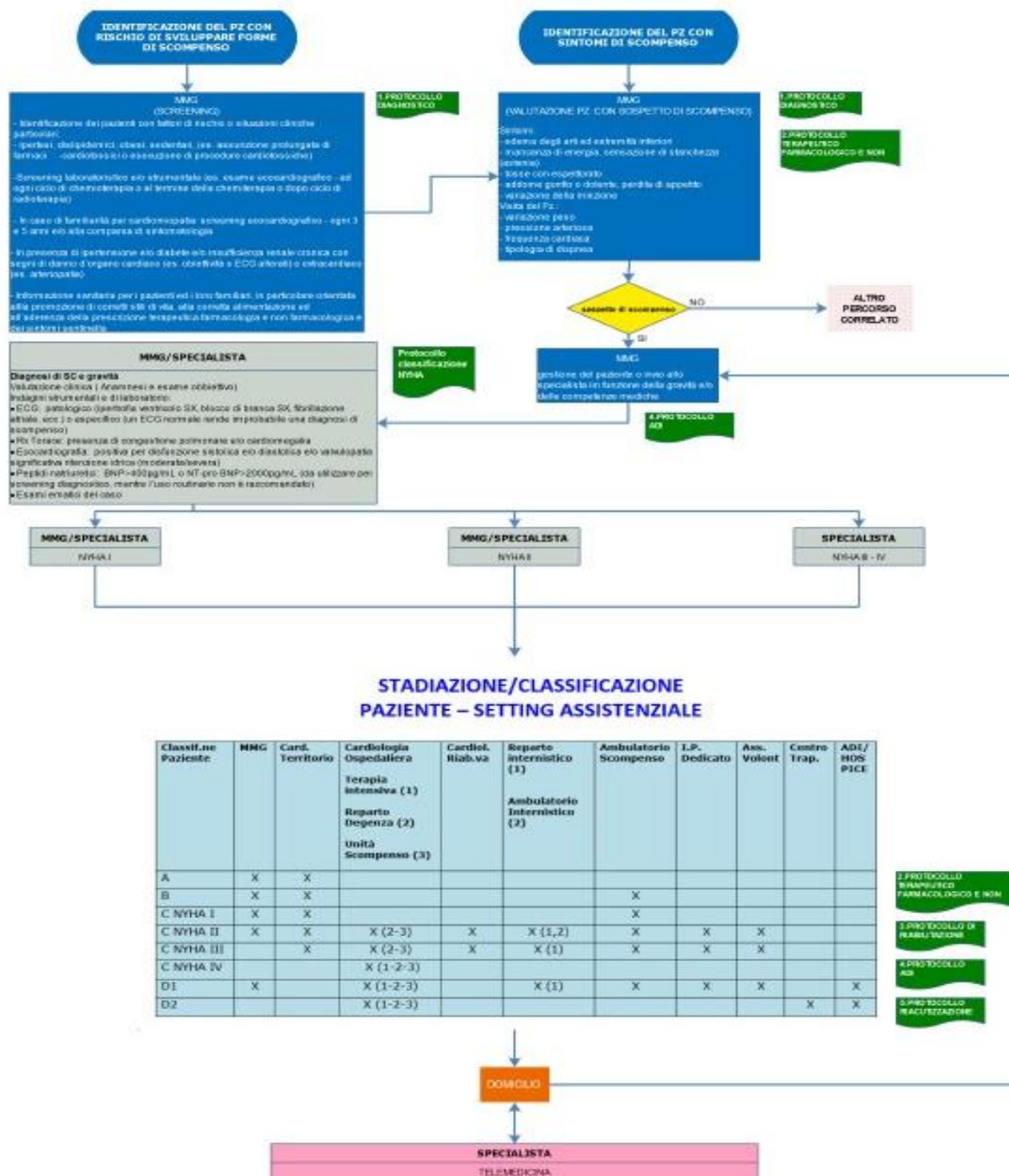
Per ogni paziente compilare una scheda di follow-up aggiornando i dati e trasmettendoli (per via telematica o anche tramite il paziente) al MMG o al Cardiologo Ospedaliero (Qualora fosse il paziente ricoverato)
Valutare in Ambulatorio Gestione Integrata i casi clinici presentati dal MMG e a sua volta identificare i casi clinici che meritano di essere discussi con il MMG in Ambulatorio Gestione Integrata
Collaborare con il MMG stabilendo un follow up di interventi diagnostici e terapeutici per una migliore definizione diagnostica prognostica e terapeutica che arrestino o rallentino la progressione verso lo scompenso cardiaco.
Agire prioritariamente da consulente al MMG per i pazienti in assistenza domiciliare e decidere in accordo con il MMG per quali pazienti recarsi eventualmente a valutazione domiciliare. Per quali pazienti inviare l'infermiere per esecuzione indagini strumentali (ECG, Holter, BIVA...) o per praticare terapia medica
Stabilire dei contatti periodici con i Cardiologi Ospedalieri e MMG per chiarimenti o correzioni sul percorso di Gestione Integrata Ospedale-Territorio. Discussione dei Casi Clinici più critici e la formazione degli attori ASP Informazione ai pazienti e caregiver sulla Malattia.
Consigli dietetici e sulla Gestione della terapia attraverso opuscoli e materiale informativo

INFERMIERE DEL TERRITORIO

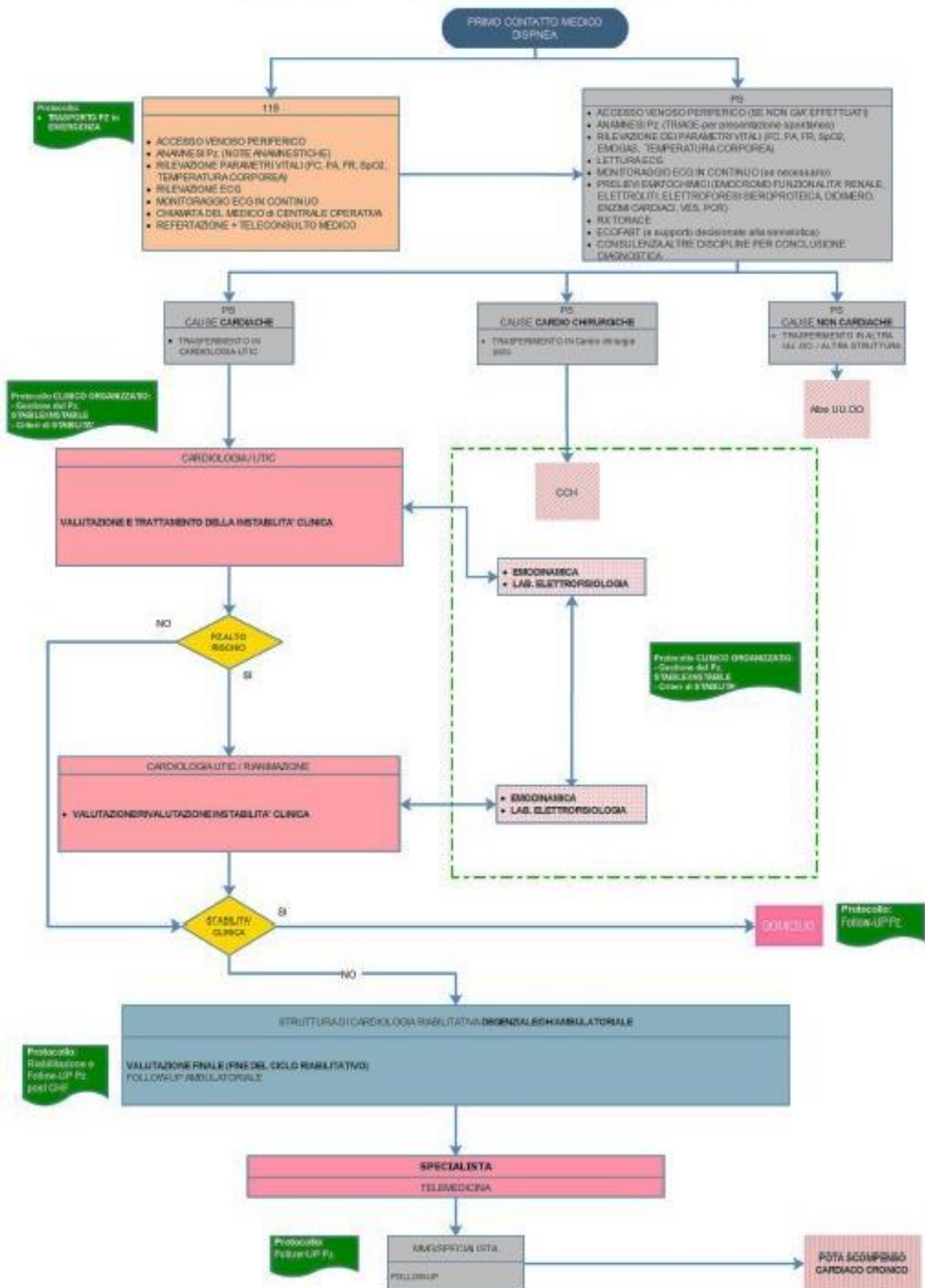
Espleta la funzione di richiamo dei pazienti, compila la scheda raccolta dei dati e predispone la cartella integrata, somministra e raccoglie il documento di consenso
Esegue l'anamnesi infermieristica
Gestisce i dati raccolti in cartella e verifica l'aderenza del paziente al percorso, anche utilizzando le possibili scale di valutazione
Esegue la rilevazione dei parametri di follow up ambulatoriale e/o telefonico
Favorisce il "Patient Empowerment" ad ogni incontro programmato per l'autogestione della malattia. Effettua l'educazione alla salute sugli stili di vita corretti
Esegue gli accertamenti di follow up di competenza (EGC, BIVA, rilevazione stato psicologico, ansia)
Verifica l'aderenza al regime alimentare ed in particolare all'utilizzo del sale e all'assunzione dei liquidi ed eventuali segni di ritenzione idrica

2.4 DGF PDTRA SCOMPENSO CARDIACO

PDTRA PZ SCOMPENSO CRONICO



PDTRA PZ. SCOMPENSO ACUTO



2.5 Protocolli clinico organizzativi

TITOLO PROTOCOLLO	FINALITA' DEL PROTOCOLLO
P1 - Diagnosi e stadiazione	Scopo del protocollo è standardizzare le fasi dell'iter diagnostico – stadiativo per la identificazione precoce della patologia. Lo Scompenso Cardiaco (S.C.) allo stato conclamato è una sindrome clinica caratterizzata da sintomi tipici (es: mancanza di respiro, gonfiore alle caviglie ed affaticamento), che può essere accompagnato da segni (ad es: aumento della pressione venosa giugulare, crepitii polmonari ed edema periferico) causato da anomalie cardiache strutturali e /o funzionali, con una conseguente ridotta gittata cardiaca e /o pressioni intracardiache elevate a riposo o durante lo stress. L'attuale definizione di S.C. si limita però alle fasi cliniche in cui i sintomi sono evidenti. Prima che i sintomi clinici si manifestino, il paziente può presentare anomalie della funzione ventricolare sinistra o disfunzione diastolica dovuta a cause strutturali e/o funzionali, che possono essere precursori di S.C. Identificare precocemente questi segni precursori di S.C. è importante perché iniziare il trattamento di partenza in questa fase può ridurre la mortalità nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra sistolica asintomatica e in generale mantenere il paziente a livelli di stadiazione minori e per maggiore tempo.
P2 – Trattamento terapeutico (farmaci, devices, chirurgia)	Scopo del protocollo è uniformare le fasi dell'iter terapeutico, garantendo appropriatezza di trattamento, al fine di migliorare lo stato clinico, la capacità funzionale, la qualità della vita, la riduzione delle ospedalizzazioni e della mortalità, contrastando i meccanismi coinvolti nella disfunzione cardiaca che i farmaci, oggi in dotazione, possono modificare.
P3 – Riabilitazione	Scopo del protocollo è definire i criteri di eleggibilità a percorsi riabilitativi per le diverse tipologie di pazienti, con l'obiettivo di: - favorire la stabilità clinica -ritardare la progressione della cardiopatia - prevenire le riacutizzazioni ed i ricoveri ospedalieri ripetuti -migliorare le condizioni motorie generali -ridurre le limitazioni di vita quotidiana e sviluppare le potenzialità residue Le linee-Guida ESC sullo scompenso, sia nella versione del 2012, che in quella del 2016 pongono indicazione alla riabilitazione cardiologica dei pazienti scompensati con livello di raccomandazione IA.
P4 – Assistenza Domiciliare Integrata	Scopo del protocollo è definire i criteri di eleggibilità al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le relative modalità di erogazione multidisciplinare e continuativa del servizio, per garantire una dimissione protetta ai pazienti non autosufficienti, con rischio sanitario e/o sociale, per i quali si definisce durante il ricovero un piano d'interventi sanitario o sociosanitario in regime domiciliare o residenziale. Un altro obiettivo è legato alla riduzione della degenza media.

TITOLO PROTOCOLLO	FINALITA' DEL PROTOCOLLO
P5 - Riacutizzazione	Scopo del protocollo è definire da un lato i criteri di appropriatezza da seguire per ridurre le riacutizzazioni e dall'altro le modalità di passaggio da un setting assistenziale cronico ad uno acuto. Il paziente con scompenso cardiaco rappresenta infatti una criticità per il servizio sanitario regionale, lo dimostrano i dati dell'Agenas che mettono in evidenza come, per i pazienti con età > di 65 anni, il numero dei ricoveri è nettamente superiore alla media nazionale e gli indicatori di qualità sono molto distanti dal benchmark. I fattori su cui puntare sono: formazione dei MMG, integrazione ospedale – territorio, gestione multidisciplinare del pz. con S.C. riducendo il ricorso ad esami, visite e ricoveri impropri, migliorando il riconoscimento precoce della patologia, l'aderenza dei trattamenti alle linee guida ed il follow-up integrato tra centri specialistici e medicina generale.
P6 - Day Service, Profili clinici e PAC	Scopo del protocollo è uniformare i criteri per garantire la continuità assistenziale, evitando inutili frammentazioni del percorso ed individuando un unico referente dell'attività ambulatoriale, interfaccia tra il paziente e il medico prescrittore, riducendo i tempi di attesa delle attività ambulatoriali, delle lista d'attesa per il ricovero ed il numero di ricoveri inappropriati. Lo scompenso cardiaco rappresenta infatti l'evoluzione finale della maggior parte delle cardiopatie, è una sindrome spesso complessa, che per l'80% circa interessa una popolazione di età >65 anni, ad andamento progressivo, caratterizzato da fasi di instabilizzazione clinica che comportano ricoveri ripetuti, elevato carico economico e socio sanitario, di frequente evitabili con follow-up adeguati e personalizzati. Il Day Service si concretizza attraverso l'erogazione, in tempi necessariamente brevi, di prestazioni multiple integrate, senza che sia richiesta permanenza ed osservazione prolungata del paziente ma che affronta problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico mediante interventi programmati, articolati ed interdisciplinari.
P7 - Modalità di rilascio – presa in carico del Pz. con scompenso cardiaco nel passaggio da cronico ad acuto e viceversa	Scopo del protocollo è quello di standardizzare i criteri per: -dimissibilità del pz. dal DEA -stratificazione del rischio attraverso specifico SCORE per pz. non dimissibili -rapida identificazione del corretto livello di intensità di cura e del tutoraggio medico -continuità assistenziale a domicilio -iter post ricovero nei pazienti dimessi con SCORE ≤ 15 -iter post ricovero nei pazienti dimessi con SCORE ≥ 15
P8 - Gestione del Pz. con scompenso acuto e/o cronico riadattato in PS	Scopo del protocollo è definire criteri ottimizzanti la gestione del pz. con S.C. riadattato con accesso al PS, al fine di decongestionare un'area deputata all'emergenza, garantire l'appropriatezza dell'eventuale ricovero, stabilire la modalità di ricovero dei pz extralocati in caso di mancanza dei posti letto nel reparto competente per patologia, migliorare l'outcome dei pz al fine di ridurre mortalità e morbidità.

3.1 Indicatori di attività, esito, appropriatezza, processo

DATI EPIDEMIOLOGICI:

rif. Valore STD (N° pz. e % su intera popolazione) regionale (LAP)
rif. Valore (N° pz. e % sul totale assistiti) puntuale MMG rif.
Valore (N° pz.) per Centro
numerosità Pz. per età-stadiazione

VOLUMI DI ATTIVITA':

numero visite/numero pz. SC totali numero
DH riabilitativi
numero di ricoveri per SC fatti nel Centro

INDICATORI DI RISULTATO:

% di riospedalizzazioni
degenza media
mortalità cardiovascolare a 30 giorni da dimissione

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA:

diagnosi precoce
numero pz. SC naive individuati nell'anno %
pz. trattati con associazione std farmaci
% pz. trattati con adeguatamente trattati con terapia elettrica (i+ii+iii)
% pz. identificati con classe NYHA (i)
% pz. identificati con FE (ii)
% pz. con BBS (iii)
% pz. identificati per comorbidità
% pz. eziologicamente identificati

VARIABILI GENDER (*)	VALUTAZIONI ORMONALI
Età menarca	
Età menopausa	
N° figli	FSH
N° parti	LH
N° gravidanze unipare	17 beta estradiolo
N° gravidanze gemellari	testosterone
N° aborti spontanei	cortisolo
N° aborti non spontanei	progesterone
Endometriosi	prolattina
Divorzi	DEHA solfato
Lutti	SH-bg (sex-hormone binding protein)
Altre variabili in funzione della patologia specifica	Testosterone Free testosterone

(*) è prevista come fase 2 di progetto una analisi complessiva dettagliata "gender"

3.2 Schema SW Gestionale

SEZIONI DEL SW GESTIONALE: ANAGRAFICA – ANAMNESI – CLINICA – STRUMENTALE – DIAGNOSI – TERAPIA - FOLLOW UP

RETE SCOMPENSO REGIONE BASILICATA: REGOLE GESTIONE DOCUMENTAZIONE ELETTRONICA VIA PORTALE WEB

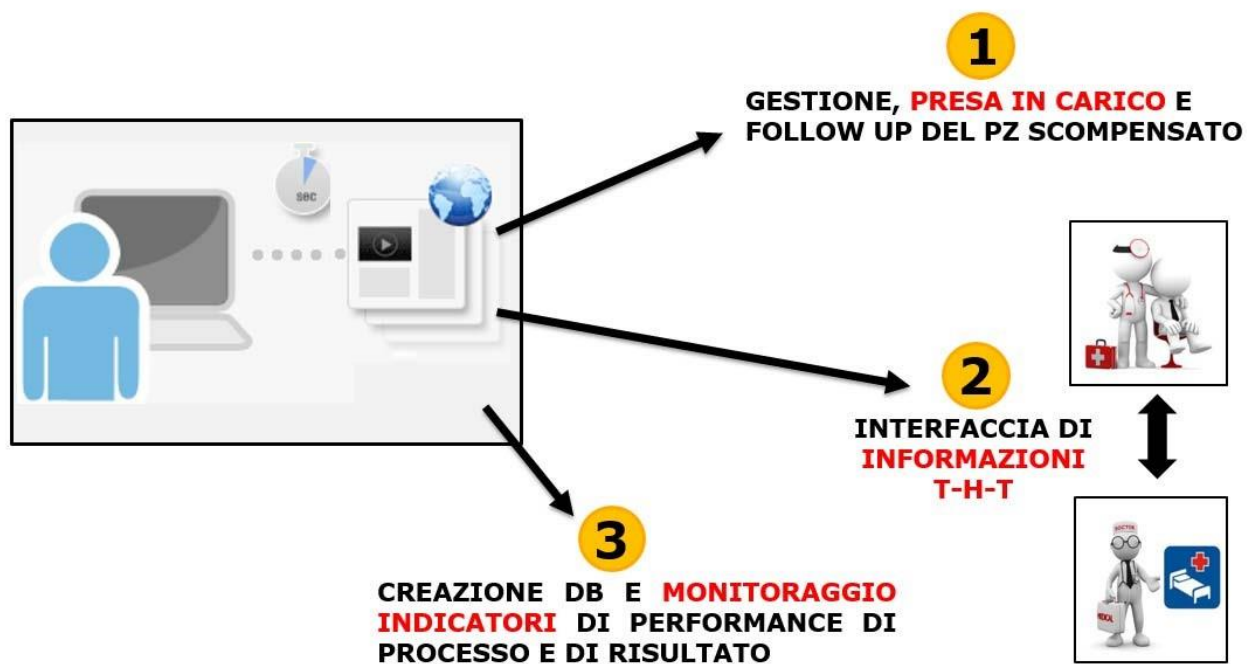


RETE SCOMPENSO REGIONE BASILICATA: GESTIONE DEL PAZIENTE

GESTIONE DATA ENTRY > ELABORAZIONE INDICATORI > DSS (SISTEMA DI SUPPORTO ALLE DECISIONI)



In sintesi, il Sistema SW Gestionale è in grado di garantire i tre ambiti sotto riportati:



4.1 Auditing

L'Assessorato alla Salute identifica, forma e certifica in qualità di auditor alcuni professionisti medici e infermieri a cui affidare la responsabilità di eseguire, secondo un programma predefinito, audit annuali in campo presso tutti i Centri regionali coinvolti nel PDTRA Scompenso Cardiaco.

I requisiti oggetto di verifica sono raccolti in un apposito modello di assessment strutturato al fine di generare uno specifico profilo di conformità confrontabile con quello dell'anno precedente.

Dal profilo di conformità si evincono le azioni ad isorisorse da attuare per il miglioramento e le azioni non ad isorisorse necessarie per garantire i livelli di servizio offerti dai singoli Centri.

Ogni centro effettua con gli auditor certificati interni un self assessment preliminare alla visita della commissione regionale.

4.2 Reporting

Annualmente lo Steering Committee si riunisce per discutere i profili di conformità dei vari Centri e predispone un report di sintesi e di proposte/richieste da rivolgere alle Istituzioni.

Riceve e gestisce le segnalazioni relative a specifiche non conformità e concorda le relative azioni correttive.

E' responsabile della proposta di percorsi formativi per il personale coinvolto nel PDTRA Scompenso Cardiaco.

Gestisce i rapporti con l'Ente di Certificazione per l'ottenimento - mantenimento della ISO 9001:2015

5. Bibliografia e riferimenti normativi

D. Lgs. n. 502/92, così come modificato ed integrato dai D. L.vi. n. 517/1993, n. 229/99, n. 168/2000 e n. 254/2000, di riforma del Servizio Sanitario Nazionale;

L.R. n. 39/2001 recante "Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale" e s.m.i;

L.R. n. 12/2008, come modificata ed integrata dalla L.R. n. 20 del 06/08/2008 e dalla L.R. n. 27/2009, relativa al "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale";

D.C.R. n. 317 del 24/07/2012 ad oggetto l'approvazione del Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla Comunità 2012 - 2015;

D.G.R. n. 662 del 19/05/2015 contenente gli obiettivi di salute e di programmazione economica finanziaria per i Direttori delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali - 2015 - 2015;

Deliberazione aziendale n. 773 del 19/05/2015, così come integrata da successive deliberazioni n. 1123 del 03/08/2015 e n. 1161 del 24/08/2015, ad oggetto l'adozione dell'Atto Aziendale dell'ASM;

D.G.R. n. 1077 del 10/08/2015 concernente l'approvazione dell'Atto Aziendale dell'ASM;

Decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

D.M. 2 aprile 2015, n. 50, ad oggetto gli standard Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

6. Allegati

6.1 OPUSCOLO INFORMATIVO

6.2 SCHEDA DI VALUTAZIONE DIMISSIONE PROTETTA

6.3 ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) – REGIME DI RICOVERO

6.4 ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) – PAZIENTE A DOMICILIO
INSERITO NELLA RETE SCOMPENSO

6.5 PDTA

6.5.1 PDTA SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

6.5.2 PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO

6.6 PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

6.7 PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMCI-DEVICES-CHIRURGIA

6.8 PROTOCOLLO DI RIABILITAZIONE

6.9 PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

7.0 PROTOCOLLO RIACUTIZZAZIONE

7.1 PROTOCOLLO DAY SERVICE

7.2 PROTOCOLLO GESTIONE PZ. DA CRONICO A ACUTO

7.3 PROTOCOLLO RICOVERI IN URGENZA

7.4 ESITI ASSESSMENT

Convivere con lo Scompenso Cardiaco

Cos'è lo scompenso cardiaco?

L'insufficienza cardiaca è legata all'indebolimento del muscolo cardiaco che non riesce a pompare una quantità di sangue sufficiente.

Spesso è dovuta all'infarto miocardio, all'ipertensione, alla malattia coronarica.

E' una condizione molto comune che può colpire oltre il 5% delle persone che hanno più di 70 anni, ed è una condizione cronica che deve essere seguita e curata per tutta la vita.

Anche se lo scompenso cardiaco è una malattia grave, migliorando il proprio stile di vita e assumendo i farmaci prescritti, si può vivere bene e a lungo.

Come si cura

I farmaci

La maggior parte dei pazienti assume diverse medicine con l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile il benessere del paziente e preservare le funzioni del cuore.

Gli ARNI ovvero inibitori del recettore dell'angiotensina e della neprilisina sono indicati per la terapia dello scompenso cardiaco sistolico che agisce a differenti livelli nella terapia dello scompenso cardiaco HFrEF (Heart Failure with reduced Ejection Fraction). Si tratta dell'associazione tra un sartanico (es. Valsartan) già da anni utilizzato nella terapia dello scompenso e un inibitore della neprilisina (es. Sacubitril).

I Diuretici permettono di eliminare il sovraccarico di liquidi dovuto all'insufficienza cardiaca. La dose di diuretico da assumere può variare e in alcuni casi il paziente deve essere in grado di autogestire il dosaggio di questo farmaco, ad esempio quando il peso aumenta di 1, 5 – 2 kg da un giorno all'altro. Gli effetti indesiderati più comuni sono l'abbassamento della pressione, la comparsa di crampi, la riduzione dei livelli di potassio nel sangue.

Gli Ace inibitori funzionano determinando una dilatazione delle arterie, alleggerendo così il lavoro del cuore indebolito. All'inizio vengono somministrati a basse dosi perché potrebbero causare una caduta improvvisa della pressione arteriosa. Sono in grado di prolungare la vita dei pazienti e di diminuire il ricorso al ricovero ospedaliero.

I Sartani vengono usati in alternativa agli Ace inibitori in caso di intolleranza a questi ultimi.

I Betabloccanti agiscono riducendo la frequenza cardiaca, la pressione e quindi migliorano la funzione di pompa svolta dal cuore. Sono in grado di prolungare la vita del paziente. Inizialmente si somministrano a dosi basse perché, riducendo il lavoro del cuore, possono causare maggior stanchezza nei pazienti.

La digitale è un estratto vegetale che viene utilizzato, anche se sempre più raramente, soprattutto per controllare la fibrillazione atriale.

Gli Antialdosteronici vengono impiegati soprattutto in caso di scompenso cardiaco conseguente a infarto miocardio e aiutano a mantenere sotto controllo il ritmo cardiaco.

Molti altri farmaci possono essere utilizzati dai pazienti con insufficienza cardiaca come farmaci antiaritmici, gli anticoagulanti, gli antiaggreganti piastrinici, i calcio antagonisti e le statine.

Tenere uno schema scritto delle medicine, con caratteri ben leggibili e con nome, dose, orario di assunzione per ogni farmaco.

Prendere le medicine ogni giorno allo stesso orario: in questo modo è più difficile dimenticarsene. Si può cambiare l'orario di assunzione del diuretico in modo da non doversi alzare troppe volte la notte, o se si prevede di doversi allontanare da casa per diverse ore.

Fai attenzione a non restare senza medicine.

Non assumere altri farmaci, per esempio per il raffreddore o per qualche dolore, senza consultare il medico.

Se si manifestano effetti collaterali come vertigini o bassa pressione arteriosa, non smettere di assumere il farmaco, ma consultare il medico per eventuali modifiche del dosaggio.

Cosa tenere sotto controllo

Pesarsi tutti i giorni per verificare se si trattengono liquidi e, nel caso si verifichi un aumento di peso superiore a 1 kg in un giorno o 2 in una settimana, consultare il medico per aumentare il dosaggio del diuretico.

Controlla la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca e annota i valori da comunicare al tuo medico.

L' alimentazione

E' necessario alimentarsi con moderazione e in modo equilibrato, usare poco sale, magari insaporire le pietanze con l'uso di spezie.

Evitare il consumo di cibi ricchi di sale, come gli insaccati o i cibi conservati.

Preferire l'olio extravergine di oliva agli altri grassi o condimenti.

Consumare molta frutta e verdura.

Se è necessario diminuire il peso corporeo.

Il consumo limitato di alcol – un bicchiere di vino o una birra piccola, meglio se non tutti i giorni, è accettabile. Sono da evitare i superalcolici.

Limita l'assunzione di liquidi, ricordando che sono presenti anche nella frutta e nelle minestre in genere.

L'attività fisica

L'esercizio fisico migliora la forma e la qualità della vita.

Le attività più salutari sono le passeggiate, andare in bicicletta, nuotare.

Occorre iniziare lentamente ed aumentare un po' per giorno e prendere l'abitudine di praticare l'attività fisica negli stessi orari, più volte la settimana, meglio se in compagnia.

Il fumo

Il fumo è uno dei principali fattori di rischio per lo scompenso cardiaco.

Fumare peggiora la funzione di pompa svolta dal cuore e danneggia le arterie. Se fumi devi smettere: chiedi aiuto al tuo medico.

Le vaccinazioni

Le malattie infettive possono peggiorare la funzione del cuore: è quindi importante vaccinarsi ogni anno contro l'influenza stagionale o comunque seguire le indicazioni del medico.

Viaggi e Vacanze

- Ricordati che le cure vanno proseguite anche in vacanza.
- Evita i soggiorni in luoghi molto caldi e umidi e i soggiorni ad altitudini superiori ai 1500 mt.
- Sono consentiti i viaggi in aereo purché non troppo lunghi.
- In estate, quando fa molto caldo, chiedi al medico se devi modificare l'uso dei farmaci e comunque evita di uscire nelle ore più calde.
- Porta sempre con te l'elenco dei farmaci prescritti e la documentazione medica.

Quando contattare il medico

E' importante imparare a riconoscere i sintomi dovuti a un peggioramento della malattia per intervenire in maniera adeguata e tempestiva.

Contattare il medico quando

- si osserva un aumento del peso di 2 – 3 kg in pochi giorni;
- compare gonfiore ai piedi, alle gambe o all'addome;
- manca il respiro o vi sentite stanchi anche per attività che prima svolgevate senza problemi;
- manca il respiro o compare tosse secca quando vi coricate;
- si accusa perdita di appetito o nausea,
- si accusano insonnia o vertigini
- compare la febbre
- sembra che il cuore batta in modo irregolare o più velocemente del solito

Quando contattare urgentemente il 118

- se compare dolore toracico o senso di costrizione alla gola
- in caso di svenimento
- in presenza di grave e persistente difficoltà di respiro
- per un improvviso disturbo della parola o della vista
- per una improvvisa perdita di forza di un braccio o di una gamba.

ALLEGATO 6.2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE DIMISSIONE PROTETTA

Richiesta Valutazione per eventuale Dimissione Protetta nell' U.O. di _____

Paziente _____

nat_ a il __/__/____ residente a _____

Ricoverat__ il __/__/____ n. ricovero _____ **Paziente in A.D.I. no si**

- ☐ Allettato o con Deambulazione Non Autonoma no si
- ☐ Disfagico o con Alimentazione Non Autonoma no si
- ☐ Con Necessità di Medicazione no si
- ☐ Con Stomie no si
- ☐ Con Incontinenza Sfinteriale no si
- ☐ Con Necessità di O₂ no si
- ☐ Paziente con malattia neoplastica avanzata no si

socio-assistenziali no si

- ☐ CoMorbilità

- ☐ Scompenso Cardiaco no si Classe _____ Frazione di Eiezione (____%) ☐ Edemi aa. ii.
- ☐ Versamento: Pleurico Ascitico Pericardico
- ☐ Terapia TAO NAO

☐ Con bisogni

Data__/__/____

Firma _____

ALLEGATO 6.3 - ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE Paziente in regime di Ricovero.

Paziente in regime di Ricovero.

☐

Segnalazione* per potenziali candidati ad una dimissione protetta da parte delle U.O. ad una Centrale di Continuità** (riferimento legislativo DM 70/2015 Allegato 1-comma 10);

☐

Presa in carico della segnalazione;

☐

Valutazione del caso in reparto e attivazione di eventuali specialisti durante da degenza e mai in post-ricovero;

☐

Identificazione del setting più appropriato;

☐

Giudizio di Eleggibilità*** in accordo con i Medici dell'U.O. e con il MMG;

☐

Presa in Carico ed attivazione del PAI (piano assistenziale individuale);

Il paziente non eleggibile per una Dimissione Protetta ma affetto da Scompenso Cardiaco viene comunque inserito nella rete scompenso;

* Destinata unicamente al paziente inidoneo a controlli ambulatoriale.

** Nella realtà del P.O. di Matera Area Cronicità –Integrazione Ospedale Territorio ***Domicilio/Strutture intermedie/Rsa/Rssa

ALLEGATO 6.4 - ATTIVAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE Paziente a Domicilio inserito nella rete scompenso.

Paziente a Domicilio inserito nella rete scompenso.

□

Responsabile Unico Clinico-terapeutico è il MMG;

Responsabile Unico assistenziale è il Caregiver già precedentemente individuato ed educato;

□

In caso di necessità viene contattato il Case Manager (reperibile h/12 7gg su 7gg);

□

Il Case Manager decide se attivare la rete assistenziale Scompenso o la rete Emergenza-urgenza.

Fabbisogno minimo per un'assistenza domiciliare

- Reperibilità h/12 (7gg su 7gg) del Case manager e della rete assistenziale;
- Reperibilità h/12 (7gg su 7gg) del Cardiologo;
- Attivazione di un PAI (piano assistenziale individuale) domiciliare anche in assenza di problematiche infermieristiche
- Attivazione di un PAI (piano assistenziale individuale) comprendente il controllo della compliance terapeutica ed il rispetto delle raccomandazioni igienico-sanitarie;

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO DIAGNOSI e STADIAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

RAZIONALE

Lo Scompenso Cardiaco (S.C.) è una sindrome clinica caratterizzata da sintomi tipici (es: mancanza di respiro, gonfiore alle caviglie ed affaticamento), che può essere accompagnato da segni (ad es: aumento della pressione venosa giugulare, crepitii polmonari ed edema periferico) causato da anomalie cardiache strutturali e /o funzionali, con una conseguente ridotta gittata cardiaca e /o pressioni intracardiache elevate a riposo o durante lo stress.

L'attuale definizione di S.C. si limita alle fasi cliniche in cui i sintomi sono evidenti. Prima che i sintomi clinici si manifestino, il paziente può presentare anomalie della funzione ventricolare sinistra o disfunzione diastolica dovuta a cause strutturali e/o funzionali, che possono essere precursori di S.C.

Identificare questi segni precursori di S.C. è importante perché sono correlati a scarsi risultati diagnostici, mentre iniziare il trattamento di partenza in questa fase può ridurre la mortalità nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra sistolica asintomatica.

STADIO A (paziente asintomatico ma a rischio scompenso cardiaco)

- ipertensione
- pazienti con diabete mellito;
- pazienti con IRC;
- storia familiare di cardiomiopatie primitive;
- terapie cardiotossiche (chemioterapie, antidepressivi maggiori, eccesso di FANS, stupefacenti)
- altro: (es: ipercolesterolemia, fumo di sigaretta, abuso di alcool, farmaci, ecc.)

STADIO B (paziente con disfunzione VS asintomatica di qualunque origine)

STADIO C (paziente con scompenso cardiaco all'esordio o cronico, sintomatico secondo **CLASSIFICAZIONE** funzionale NYHA I-IV)

Presenza di cardiopatia strutturale con sintomi di SC pregressi o in corso	I	Nessuna limitazione dell'attività fisica. L'attività fisica ordinaria non causa sintomi di SC, quindi di stabilità clinica;
	II	Lieve limitazione dell'attività fisica. Asintomatico a riposo, ma l'ordinaria attività fisica provoca l'insorgenza di sintomi di SC;
	III	Limitazione marcata dell'attività fisica. Asintomatico a riposo, ma un'attività fisica più lieve di quella ordinaria, provoca l'insorgenza di sintomi di SC;
	IV	Presenza di sintomi di SC a riposo. Impossibilità a svolgere qualunque attività fisica senza sintomi di SC.

STADIO D1 (paziente con scompenso cardiaco avanzato non candidabile a procedure Chirurgiche (VAD-trapianto), pazienti con grave riduzione dell'autonomia per problemi sociali o per patologie gravi coesistenti. Paziente preferibilmente candidabile ad ADI)

STADIO D2 (pazienti che siano stati sottoposti o siano candidabili ad impianto di VAD o trapianto)

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO DIAGNOSI e STADIAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

STADIAZIONE/CLASSIFICAZIONE PAZIENTE SETTING ASSISTENZIALI

Classif.ne paziente	MMG	Card. Territorio	Cardiol. Ospedaliera (1)Terapie intensiva (2)Reparto Degenza (3)Unità Scompenso	Cardiol. Riab.tiva	Reparto internistico (1) Ambulatorio Internistico (2)	Ambulatorio Scompenso	Inferm. Dedicato	Ass. Volont	Centro Trap.	ADI/ HOS PICE
A	X	X								
B	X	X				X				
C NYHA I	X	X				X				
C NYHA II	X	X	X (2-3)	X	X (1,2)	X	X	X		
C NYHA III		X	X (2-3)	X	X (1)	X	X	X		
C NYHA IV			X (1-2-3)							
D1	X		X (1-2-3)		X (1)	X	X	X		X
D2			X (1-2-3)						X	X

Codice colore  a organizzare e/o regolamentare

Ambulatorio scompenso 1° livello (TERRITORIALE): elettrocardiografia, ecocardiografia

Ambulatorio scompenso 2° livello (OSPEDALIERO):
elettrocardiografia, ecocardiografia + Day Service, ecotransesofagea, ecostress, holter, test da sforzo

Ambulatorio scompenso 3° livello (OSPEDALIERO):
elettrocardiografia, ecocardiografia + Day Service, ecotransesofagea, ecostress, holter, test da sforzo + elettrofisiologia, emodinamica, diagnostica per immagini avanzata (risonanza, tac, medicina nucleare) + Cardiologia Riabilitativa

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO DIAGNOSI e STADIAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

MATRICE ATTIVITA' E RESPONSABILITA' ATTIVITA' DIAGNOSTICA

VALUTAZIONE SINTOMATOLOGIA		RESPONSABILITA'	CLASSE PZ.
Sintomi tipici Dispnea Ortopnea Dispnea parossistica notturna Ridotta tolleranza allo sforzo Affaticamento Astenia Aumento del tempo di recupero dopo l'esercizio Edema delle caviglie	Sintomi - Meno tipici Tosse notturna Respiro sibilante Sensazione di gonfiore Perdita di appetito Confusione mentale (specialmente nei più anziani) Depressione Palpitazioni Vertigini Sincope	MMG	A - B - C
Segni - Più specifici Elevata pressione venosa giugulare Terzo tono (ritmo di galoppo) Impulso apicale spostato a sinistra	Segni - Meno specifici Aumento di peso (>2 kg/sett.) Perdita di peso (nello SC avanzato) Deperimento (cachessia) Soffio cardiaco Edema periferico (caviglia, sacrale, scrotale) Crepitii polmonari Difficoltà di respiro Ottusità alla percussione delle basi polmonari (versamento pleurico) Tachicardia Polso irregolare Tachipnea Respiro di Cheyne Stokes Epatomegalia Ascite Estremità fredde Oliguria Polso periferico piccolo	MMG	A - B - C
Indagini iniziali indispensabili: Peptidi natriuretici,	La concentrazione plasmatica dei peptidi natriuretici (NP) può essere utilizzata come test diagnostico iniziale, in particolare nello SC non acuto quando l'ecocardiografia non è immediatamente disponibile. I pazienti con valori di NP al di sotto del punto di cut-off per l'esclusione di importante disfunzione cardiaca non è necessario richiedere l'ecocardiografia. I pazienti con concentrazioni plasmatiche di NP normali è improbabile che abbiano SC.	MMG	A - B - C

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO DIAGNOSI e STADIAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

VALUTAZIONE SINTOMATOLOGIA		RESPONSABILITA'	CLASSE PZ.
Indagini iniziali indispensabili: elettrocardiogramma, ecocardiogramma	Un elettrocardiogramma (ECG) aumenta la probabilità della diagnosi di SC, ma ha bassa specificità. Alcune anomalie dell'ECG possono fornire informazioni sulla eziologia (ad esempio infarto), inoltre i dati dell'ECG potrebbero fornire indicazioni per la terapia (ad esempio anticoagulante per AF, stimolazione cardiaca per bradicardia, CRT se il complesso QRS è allargato). Lo SC è improbabile in pazienti che si presentano con un ECG del tutto normale (sensibilità 89%). Pertanto, l'uso di routine di un ECG è principalmente consigliato per escludere lo SC. L'ecocardiogramma è il più utile test disponibile in pazienti con sospetto SC per stabilire la diagnosi. Esso fornisce immediate informazioni sui volumi delle camere cardiache e funzione sistolica e diastolica ventricolare, spessore della parete, funzione della valvola polmonare e presenza di ipertensione polmonare. Queste informazioni sono fondamentali per stabilire la diagnosi e nel determinare il trattamento	Cardiologo	A, B, C
- Algoritmo per la diagnosi di Scompenso Cardiaco - Algoritmo per la diagnosi di scompenso cardiaco nei casi non acuti - Diagnosi di SC con frazione di eiezione conservata	Vedi DIAGRAMMA ALLEGATO	Cardiologo	C

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO DIAGNOSI e STADIAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

ATTIVITA' / DETTAGLIO	RESPONSABILITA'	CLASSE PZ.
Radiografia del torace	Una radiografia del torace è di uso limitato nell'iter diagnostico dei pazienti con sospetto S.C. Probabilmente è più utile nell'identificare una diagnosi alternativa (es: patologia polmonare, una neoplasia polmonare, una malattia polmonare interstiziale, ecc.). La radiografia del torace può, tuttavia, mostrare congestione venosa polmonare o edema in un paziente con SC, ed è più utile nella fase acuta che in quella cronica.	MMG Cardiologo
- Ecocardiogramma transtoracico - Valutazione della funzione sistolica del ventricolo sinistro - Valutazione della funzione diastolica del ventricolo sinistro - Valutazione della funzione del ventricolo destro e della pressione in arteria Polmonare	L'ecocardiografia transtoracica (TTE) è il metodo di scelta per la valutazione della funzione sistolica e diastolica di entrambi i ventricoli destro e sinistro.	Cardiologo A, B, C
Ecocardiogramma transesofageo	L'ecocardiografia transesofagea non è indispensabile nella valutazione diagnostica di routine dello SC; tuttavia, può essere prezioso in alcuni casi di pazienti con malattia valvolare, di sospetta dissezione aortica, di sospetta endocardite o malattia cardiaca congenita e per escludere trombi endocavitari nei pazienti con FA che necessitano di cardioversione.	Ambulatorio Scompenso 2°, 3° C, D
Ecostress	L'Ecostress farmacologico o con esercizio fisico possono essere utilizzati per la valutazione di ischemia inducibile e / o della vitalità del miocardio e in alcuni casi clinici di pazienti con malattia valvolare. Ci sono anche evidenze che sottolineano come L'ecocardiografia può permettere la rilevazione di disfunzione diastolica correlate a esercizio fisico nei pazienti con dispnea da sforzo, con conservata EF e parametri di insufficienza diastolica non conclusivi a riposo.	Ambulatorio Scompenso 2°, 3° C, D



REGIONE
BASILICATA

PROTOCOLLO DIAGNOSI e STADIAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T
PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

ATTIVITA' / DETTAGLIO		RESPONSABILITA'	CLASSE PZ.
Risonanza magnetica cardiaca	La RMC è riconosciuto come il gold standard per le misure di volumi, massa e EF sia del ventricolo sinistro che destro. Rappresenta la migliore modalità di imaging cardiaco alternativa per i pazienti con studi ecocardiografici non diagnostici (in particolare per l'imaging del cuore destro) ed è il metodo di scelta nei pazienti con complesse cardiopatie congenite. La RMC permette la tipizzazione del tessuto miocardico in caso di miocardite, amiloidosi, sarcoidosi, malattia di Chagas, malattia di Fabry ed emocromatosi. Può essere utilizzata anche per la valutazione di ischemia e della vitalità miocardica nei pazienti con scompenso cardiaco e coronaropatia (candidato a rivascolarizzazione coronarica).	Ambulatorio Scompenso 3°	C, D
Tomografia computerizzata ad emissione di singolo fotone (SPECT) e ventricolografia con radionuclidi	La SPECT può essere utile per valutare l'ischemia e la vitalità miocardica. Può anche fornire informazioni sui volumi ventricolari e la funzione, ma espone il paziente a radiazioni ionizzanti. La DPD scintigrafia può essere utile per l'individuazione di amiloidosi cardiaca.	Ambulatorio Scompenso 3°	C, D
Tomografia ad emissione di positroni	La tomografia ad emissione di positroni (PET) può essere utilizzata per valutare ischemia e la vitalità. Disponibilità limitata delle apparecchiature, la esposizione a radiazioni ed i costi sono i principali limiti.	Ambulatorio Scompenso 3°	C, D
Angiografia coronarica	L'angiografia coronarica è raccomandata nei pazienti con SC che soffrono di angina pectoris refrattaria alla terapia medica, purché il paziente sia tuttavia adatto per la rivascolarizzazione coronarica. L'angiografia coronarica è anche raccomandata in pazienti con una storia di aritmia ventricolare sintomatica o arresto cardiaco abortito. Dovrebbe essere considerata in pazienti con SC e probabilità pre-test di coronaropatia intermedio o alta e la presenza di ischemia in stress test non invasivi al fine di stabilire l'eziologia ischemica e la gravità coronaropatica	Ambulatorio Scompenso 3°	C, D

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO DIAGNOSI e STADIAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

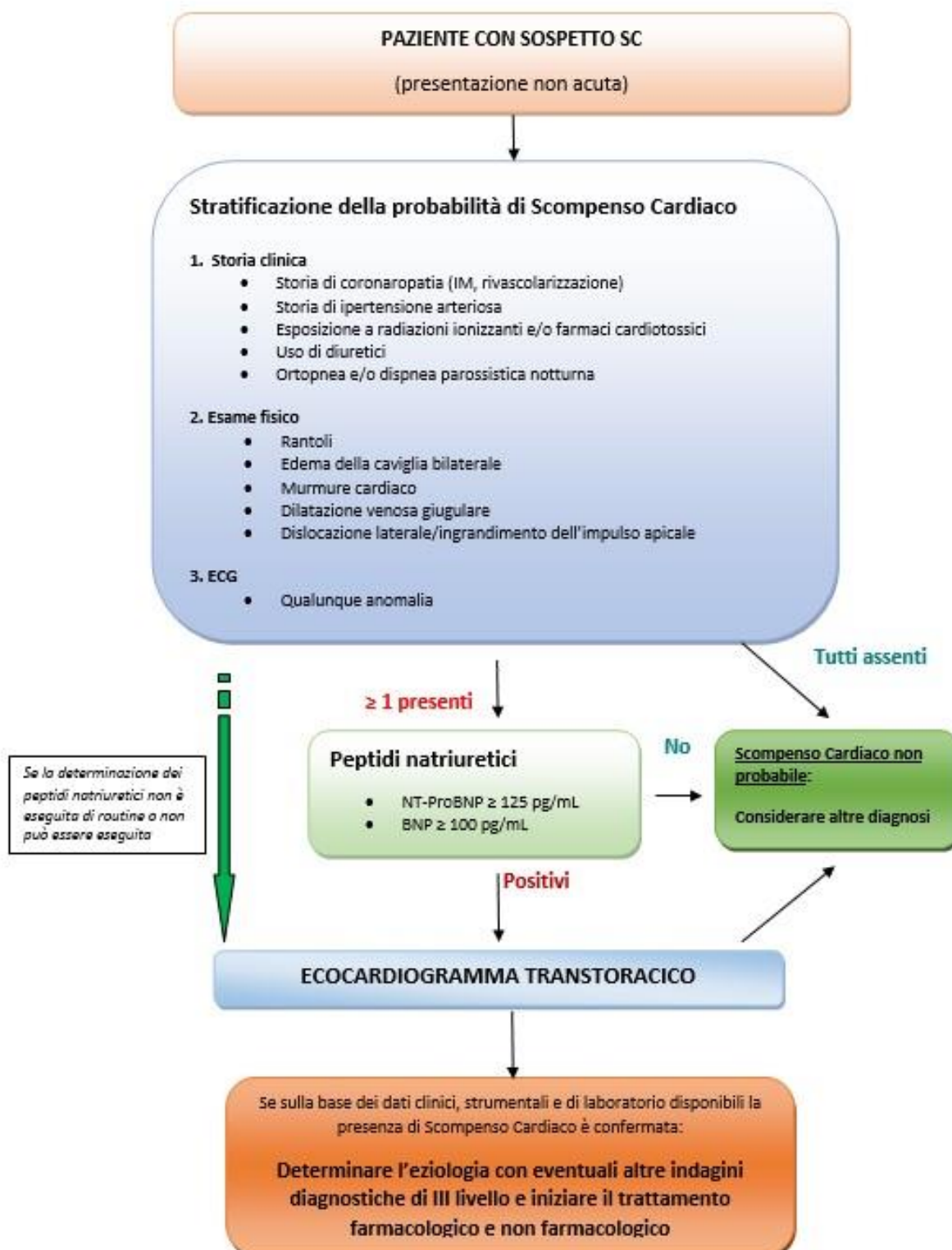
ATTIVITA' / DETTAGLIO	RESPONSABILITA'	CLASSE PZ.
Tomografia computerizzata cardiaca	L'uso principale della TC cardiaca nei pazienti con SC è quello di un mezzo non invasivo per visualizzare l'anatomia coronarica nei pazienti con insufficienza cardiaca con probabilità pre-test bassa intermedia di coronaropatia o quelli con stress tests non invasivi dubbi, al fine di escludere la diagnosi di coronaropatia, in assenza di controindicazioni relative.	Ambulatorio Scompenso 3° C, D
Altri test diagnostici Test genetici nello Scompenso Cardiaco	I test genetici sono indicati nei pazienti con cardiomiopatie quando la prevalenza delle mutazioni rilevabili è sufficientemente elevata e costante per giustificare una selezione genetica mirata di routine .	Ambulatorio Scompenso 3° C, D



PROTOCOLLO DIAGNOSI e STADIAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T
PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

ALGORITMO PER LA DIAGNOSI DI SCOMPENSO CARDIACO
(modificato dalle Linee Guida HF ESC del 2016)



 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

RAZIONALE

Lo Scompenso Cardiaco (S.C.) è una sindrome clinica caratterizzata da sintomi tipici (es: mancanza di respiro, gonfiore alle caviglie ed affaticamento), che può essere accompagnato da segni (ad es: aumento della pressione venosa giugulare, crepitii polmonari ed edema periferico) causato da anomalie cardiache strutturali e /o funzionali, con una conseguente ridotta gittata cardiaca e /o pressioni intracardiache elevate a riposo o durante lo stress.

Scopo del protocollo è gestire al meglio il paziente per quanto attiene al trattamento terapeutico, al fine di migliorarne lo stato clinico, la capacità funzionale, la qualità della vita non per ultimo prevenire le ospedalizzazioni riducendone la mortalità, contrastando i meccanismi coinvolti nella disfunzione cardiaca che i farmaci, oggi in nostro possesso, possono modificare

OBIETTIVI a breve termine: riduzione della sintomatologia e il miglioramento della qualità di vita dei pazienti soprattutto attraverso il controllo della congestione

OBIETTIVI a lungo termine: mantenimento di una buona qualità di vita, riduzione delle ospedalizzazione e il prolungamento della sopravvivenza

MATRICE ATTIVITA' E RESPONSABILITA' TERAPIA FARMACOLOGICA DELLO SCOMPENSO CON RIDOTTA FRAZIONE DI EIEZIONE

Trattamenti raccomandati in TUTTI i pazienti sintomatici con SC con ridotta EF	Informazioni supplementari	Livello di evidenza	Professionisti coinvolti	Scompenso Stadio
ACE-I Dose iniziale mg Dose Target mg Captopril 6,25 t.i.d 50 t.i.d. Enalapril 2,5 b.i.d 20 b.i.d. Lisinopril 2,5-5 o.d. 20-35 o.d. Ramipril 2,5 o.d. 10 o.d. Trandolapril 0,5 o.d. 4 o.d.	Nei pazienti sintomatici salvo se controindicati o non tollerati perché hanno dimostrato di ridurre mortalità e morbidità. Dovrebbero essere utilizzati al dosaggio massimo tollerato allo scopo di ottenere adeguata inibizione del SRAA	1 A	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	Classe NYHA II-IV
Beta-bloccanti Dose iniziale mg Dose target mg Bisoprololo 1,25 o.d 10 o.d. Carvedilolo 3,125b/d 25 b.i.d. Metoprololo 12,5-25o.d 100 o.d. Nebivololo 1,25 o.d 5 o.d.	Complementari agli Ace inibitori sono utilizzati se possibile appena fatta la diagnosi di scompenso, in pazienti stabili, a un basso dosaggio gradualmente aumentato fino alla dose massima tollerata	1 A	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	Classe NYHA II-IV
Antagonisti dei recettori dei mineralcorticoidi/aldosterone Dose iniziale mg Dose target mg Eplerenone 25 o.d 50 o.d. Spironolattone 25 o.d 50 o.d.	Nei pazienti sintomatici nonostante la terapia con ace-inibitori e betabloccanti ottimale. Attenzione ai pazienti con K ⁺ >5,0mmol/l	1 A	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	Classe NYHA III-IV



PROTOCOLLO TERAPEUTICO
FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA
 PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T
 PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

**MATRICE ATTIVITA' E RESPONSABILITA' TERAPIA
FARMACOLOGICA RACCOMANDATI IN PAZIENTI SINTOMATICI SELEZIONATI
CON SC CON RIDOTTA EF**

Trattamenti raccomandati in TUTTI i pazienti sintomatici con SC con ridotta EF	Informazioni supplementari	Livello di evidenza	Professionisti coinvolti	Scompenso Stadio
Diuretici Dose iniziale mg Dose giorno DIURETICI DELL'ANSA Furosemide 20-40 40-240 Bumetanide 0,5-1 1-5 Torasemide 5-10 1020 DIURETICI TIAZIDICI Bendroflumetazide 2,5 2,5 10 Idroclorotiazide 25 12,5-100 Metolazone 2,5 2,5-10 Indapamide 2,5 2,5-5	Sono raccomandati per migliorare i sintomi e la capacità di esercizio in pazienti con segni e sintomi di congestione sintomi di congestione. I diuretici dovrebbero essere utilizzati per ridurre il rischio di ospedalizzazione in pazienti con segni e sintomi di congestione	I B Ila B	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	Classe NYHA II-IV
Inibitori dei recettori Angiotensina neprilysina (ARNI) Dose iniziale mg Sacubitril/Valsartan 49/51 b.i.d Dose target 97/103 mg	Sacubitril/valsartan è superiore all'enalapril (ace-inibitore) nel ridurre il rischio di morte e ospedalizzazione. Può essere utilizzato nei pazienti Classe NYHAII-III FE₂ < 35%, PAS->100 mmhg GFR->30mi/m, K sierico-< 5,4 mmol/l	I B	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	Classe NYHA II-III
Inibitori dei canali If Dose iniziale mg Dose target mg Ivabradina 5 b.i.d. 7,5 mg b.i.d.	L'ivabradina dovrebbe essere utilizzata per ridurre il rischio di ospedalizzazione e di morte cardiovascolare nei pazienti sintomatici con LVEF-< 35% in ritmo sinusale e con freq.->70 b/m nonostante il trattamento ottimale con beta-bloccante . L'ivabradina dovrebbe essere utilizzata per ridurre il rischio di HF ospedalizzazione e di morte cardiovascolare in pazienti sintomatici con LVEF-<35% in ritmo sinusale e a riposo con frequenza cardiaca->70 b/m che hanno controindicazioni all'utilizzo dei beta-bloccanti o che non tollerino dosi adeguate	Ila B Il a C	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	Classe NYHA II-IV

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

Trattamenti raccomandati in TUTTI i pazienti sintomatici con SC con ridotta EF	Informazioni supplementari	Livello di evidenza	Professionisti coinvolti	Scompenso Stadio
Bloccanti dei recettori dell'Angiotensina II tipo I Dose iniziale mg Dose target mg Candesartan 4-8 o.d 32 o.d Valsartan 40 b.i.d 160 b.i.d. Losartan 50 o.d 100 mg o.d.	Sono raccomandati come alternativa nei pazienti intolleranti agli Aceinibitori L'associazione ACE-ARB dovrebbe essere limitata ai pazienti sintomatici in trattamento con betabloccanti ma intolleranti a MRA	I B IIb C	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	Classe NYHA II-IV
Combinazione di hydralazina e isosorbide dinitrato	Idralazina e isosorbide dinitrato dovrebbero essere utilizzati in specifiche popolazioni di colore con LVEF<35% o con un LVEF<45%e con un ventricolo sn dilatato in classe NYHA III-IV nonostante il trattamento con Ace(o ARB), beta-bloccanti e MRA per ridurre il rischio di ospedalizzazione Idralazina e isosorbide dinitrato dovrebbero essere presi in considerazione in pazienti con HFrEF che non tollerano né gli Aceinibitori né gli ARB per ridurre il rischio di morte	IIa B IIb B	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	

MATRICE ATTIVITA' E RESPONSABILITA' TERAPIA FARMACOLOGICA CON BENEFICI MENO EVIDENTI NEI PAZIENTI SINTOMATICI CON SC CON RIDOTTA EF

Altri trattamenti con benefici meno evidenti nei pazienti sintomatici con SC con ridotta EF	Informazioni supplementari	Livello di evidenza	Professionisti coinvolti	Scompenso Stadio
Digoxina e altri glicosidi digitalici	Solo nei pazienti con HFrEF e AF ad elevata risposta ventricolare e quando gli altri presidi terapeutici hanno fallito o sono controindicati	IIb B	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	Classe NYHA II-IV
n-3 PUFA	In pazienti con HF sintomatici per ridurre il rischio di ospedalizzazione e la morte cardiovascolare	IIb B	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	Classe NYHA II-IV

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

MATRICE ATTIVITA' E RESPONSABILITA' TERAPIA FARMACOLOGICA TRATTAMENTI NON RACCOMANDATI (NON PROVATI BENEFICI) IN PAZIENTI SINTOMATICI CON SC CON RIDOTTA EF

Trattamenti non raccomandati (non provati benefici) in pazienti sintomatici con SC con ridotta EF	Informazioni supplementari	Livello di evidenza	Professionisti coinvolti	Scompenso Stadio
3-Hydroxy-3-methylglutarylcoenzyme A reductasi inibitori ('statine')	Non hanno dimostrato di migliorare la prognosi dei pazienti con HFrEF. Nei pazienti con C. ischemica già in trattamento con statine la terapia dovrebbe essere continuata	N/D	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	
Anticoagulanti orali e antiplateletici	Non ci sono evidenze che la terapia anticoagulante e antiaggregante riduca mortalità e morbidità ma nei pazienti già in trattamento con questi farmaci per AF o CAD la terapia va continuata	N/D	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	
Inibitori della renina	Non hanno dimostrato di migliorare gli outcomes nei pazienti con HFrEF	N/D	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	

MATRICE ATTIVITA' E RESPONSABILITA' TERAPIA FARMACOLOGICA TRATTAMENTI NON RACCOMANDATI (POTENZIALMENTE DANNOSI) IN PAZIENTI SINTOMATICI CON SC CON RIDOTTA EF

Trattamenti non raccomandati (potenzialmente dannosi) in pazienti sintomatici con SC con ridotta EF	Informazioni supplementari	Livello di evidenza	Professionisti coinvolti	Scompenso Stadio
Bloccanti dei canali del calcio	I bloccanti dei canali del calcio non diidropiridinici non sono indicati e i diidropiridinici sono controindicati perché aumentano il tono simpatico	N/D	MMG Cardiologo del territorio, cardiologo Amb. Scompenso Cardiologo Riabilitatore Internista	

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

MATRICE ATTIVITA' E RESPONSABILITA' TRATTAMENTO NON CHIRURGICO CON DEVICES DELLO SC CON RIDOTTA EF

Trattamento non chirurgico con devices dello SC con ridotta EF	Informazioni supplementari	Livello di evidenza	Professionisti coinvolti	Scompenso Stadio
ICD				
8.1.1 Prevenzione secondaria della morte improvvisa cardiaca	In pazienti che abbiano avuto aritmie ventricolari complesse con instabilità emodinamica e con un'aspettativa di vita superiore a un anno in buono stato funzionale.	I A	Aritmologo?	Tutti
8.1.2 Prevenzione primaria della morte improvvisa cardiaca	a) pazienti con CAD, FE<35-40% in II-III cl NYHA, in terapia ottimizzata da almeno 3 mesi b) pazienti con CMD non ischemica, FE<35%, in II-III cl NYHA nonostante terapia ottimizzata da almeno 3 mesi. c) non è indicato l'impianto nei 40 gg dopo infarto d) non è indicato l'impianto in IV cl NYHA e) ICD sottocutaneo: indicato in pazienti selezionati, per es. giovani con rischio elevato per periodo presumibilmente limitato o come bridge ad altro impianto f) i pazienti dovrebbero essere informati sulla possibilità di rimozione del device (per es. nel "fine-vita" o venir meno delle condizioni di indicazione come passaggio a IV cl NYHA /peggioramento della FEVS<30%) g) in presenza di QRS largo e/o fibrillazione atriale bisogna valutare attentamente la necessità di altre opzioni (CRT controllo attento della fvm e settaggio del device)	IA IB IIIA IIIC II bC IIb C	Card. Amb scomp. (collaborazione con elettrofisiologo)	C II-III

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

Terapia di resincronizzazione cardiaca	a) pazienti in RS, presenza di BBS con QRS $\geq$ 130-150ms, sintomatici nonostante terapia ottimizzata da almeno 3 mesi b) RS, QRS $\neq$ 130-150ms, NON BBS, sintomatici nonostante terapia ottimizzata da almeno 3 mesi c) pazienti in RS e in f.a. con ridotta FE che necessitano di pacing per BAV o bradicardia sintomatica	IA-B IIa-bB IA II aB	Card. Ambsc. (in collab con elettrofisiologo)*	CII-III NYHA CI-IV CIII-IV
	d) cl. NYHA III-IV, f.a. e BBS (QRS $>$ 130ms), in terapia ottimizzata N.B.: in pazienti con scarsa risposta alla CRT è necessario verificare che la cattura biventricolare sia adeguata, solitamente pari al 98%, valutare eventualmente impostazioni del device in collaborazione con l'elettrofisiologo.*			
Altri devices elettrici impiantabili	VAD-trapianto **		Amb sc III liv con C.Ch	D2

* opportuno che l'elettrofisiologo sia competente anche in materia di scomp card.

** la valutazione di impianto di nuovi o ulteriori device va considerata ogni qualvolta il paziente resti sintomatico, presenti ridotta tolleranza all'esercizio o consumo d'ossigeno significativamente ridotto nonostante sia stato osservato un percorso terapeutico ottimizzato (incluso riabilitazione). In questi casi la valutazione deve essere affidata a centro di massima competenza noto (verificare la necessità di individuazione di un "super-centro HUB" anche extraregionale).

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

- Terapia elettrica (ICD, CRT-P, CRT-D)
- C-PAP
- ULTRAFILTRAZIONE
- Correzione chirurgica di coronaropatia e/o valvulopatia.
- Rimodellamento VS
- LVAD-trapianto

DEFIBRILLATORE PER LA PREVENZIONE DELLA M.I. E RIDUZIONE DI MORTALITA' PER TUTTE LE CAUSE:

In prevenzione secondaria è indicato l'impianto di un ICD tradizionale in soggetti che abbiano presentato aritmia ventricolare con instabilità emodinamica e che abbiano un'aspettativa di vita superiore ad un anno.

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

In prevenzione primaria in soggetti con s.c. II-III cl NYHA con FE $\geq$ 35% nonostante terapia medica ottimizzata da almeno 3 mesi, di qualunque eziologia, in assenza di cause modificabili di disfunzione sistolica VS/persistenza dei sintomi.

NON E' RACCOMANDATO L'IMPIANTO: nei 40 gg dopo IMA, nei soggetti con scompenso cardiaco avanzato (IV classe NYHA), nei soggetti con aspettativa di vita <1 anno a meno che non siano in attesa di ulteriori interventi come trapianto, LVAD, CRT.

TERAPIA DI RESINCRONIZZAZIONE:

Indicata in pazienti ancora in IIb-III-IV cl NYHA nonostante terapia medica ottimizzata che abbiano

- R.S., BBS con QRS di durata >130msec
- necessità di ICD tradizionale in presenza di ridotta FE, cl NYHA II-IV e QRS >130 msec (considerare CRT-D), o 150 msec (raccomandata CRT-D)
- necessità di PMK in presenza di ridotta FE a prescindere dalla cl NYHA, anche in presenza di f.a. purchè sia assicurata la stimolazione biventricolare mediante buon controllo della FC/programmazione del device.

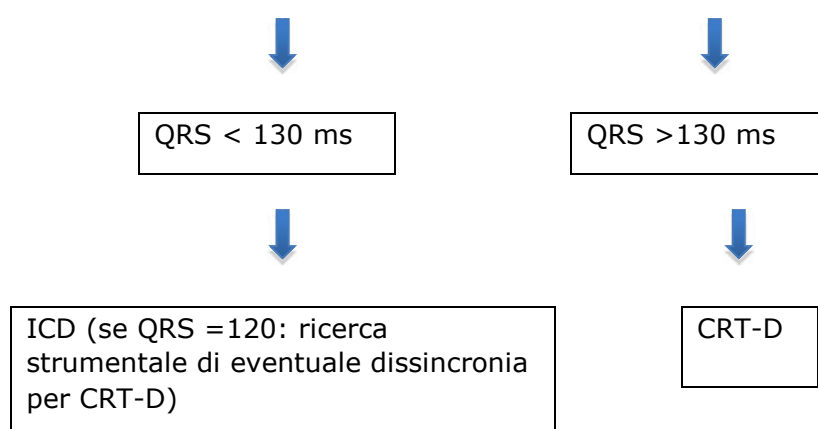
 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

TERAPIA ELETTRICA

L'indicazione alla terapia elettrica (ICD tradizionale o sottocutaneo, CRT-P, CRT-d) è dettata dalle LLGG più recenti.

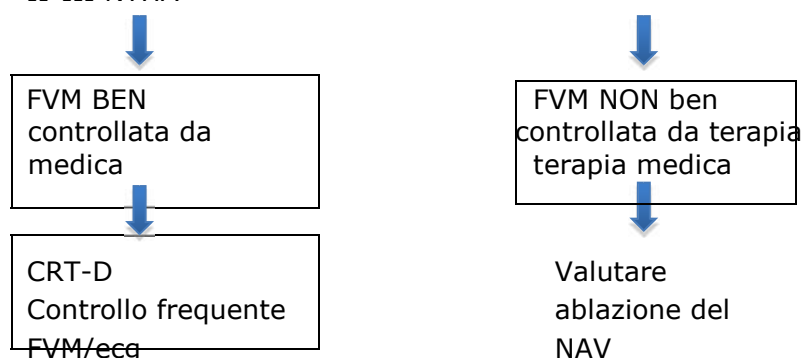
FLOW-CHART

PAZIENTE CON EF = O <35% + RITMO SINUSALE +
 TERAPIA FARMACOLOGICA OTTIMIZZATA DA 3 MESI + PERSISTENZA
 SINTOMI CL II-III NYHA



IN PRESENZA DI FIBRILLAZIONE ATRIALE

PAZIENTE CON EF = O <35% + QRS <130 ms
 FIBRILLAZIONE ATRIALE + TERAPIA FARMACOLOGICA OTTIMIZZATA DA 3 MESI
 + PERSISTENZA SINTOMI CL II-III NYHA



I PAZIENTI CON TALI CARATTERISTICHE VANNO INVIATI AGLI AMBULATORI DI 2^a - 3^a LIVELLO CHE VERIFICHERANNO L'INDICAZIONE AL TRATTAMENTO, LE MODALITA' E I TEMPI DELL'IMPIANTO, PROVVEDERANNO INOLTRE A PROGRAMMARE IL SUCCESSIVO FOLLOW-UP. TUTTI I PAZIENTI IMPIANTATI CON CRT-D DEVONO ESSERE SOTTOPOSTI A CONTROLLO ECG ALMENO SEMESTRALE PER VERIFICA DELL'EFFICACIA E DEI PARAMETRI DI PROGRAMMAZIONE DEL DEVICE. IL CONTROLLO DELL'ICD, IN ASSENZA DI SINTOMATOLOGIA, DEVE ESSERE EFFETTUATO MEDIAMENTE OGNI 6-8 MESI. I CONTROLLI DEI DEVICE DOVREBBERO AVVENIRE PREFERIBILMENTE PRESSO IL CENTRO CHE HA EFFETTUATO L'IMPIANTO

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

C-PAP

La presenza di apnee del sonno è associata ad un peggioramento della prognosi dello scompenso cardiaco e, d'altra parte, esse stesse possono aumentare l'incidenza di scompenso cardiaco. È certo che la desaturazione notturna d'ossigeno aumenta il rischio di eventi e il trattamento con C-PAP ha mostrato di ridurre efficacemente tale condizione e di migliorare la distanza percorsa al 6.min walking test ma questo non sembra migliorare globalmente la prognosi (studio SERVE- HF). La presenza di OSAS pertanto richiede la consulenza dello pneumologo ed una polisonnografia. L'eventuale trattamento con CPAP o altro va discusso e concordato (vedere LLGG 2016)

DUBBIE OSAS

Somministrazione questionario apposito (tipo BERLIN)

Positivo: inviare allo pneumologo o a centro di riferimento specifico

Negativo: correggere fattori di rischio favorevoli (obesità, diabete, ipertensione)

ULTRAFILTRAZIONE continua ultralenta

Va presa in considerazione in soggetti con marcata riduzione del filtrato glomerulare che non rispondono più ai diuretici e presentano importanti segni di congestione.

A domicilio può essere presa in considerazione, tra le terapie palliative, la dialisi peritoneale.

I pazienti con queste caratteristiche dovrebbero essere presi in carico dall'ambulatorio scompenso e dal nefrologo di riferimento

SI TRATTA DI PAZIENTI IN CARICO ALL'AMBULATORIO SC. DI 2-3[^] LIVELLO O IN ADI

TERAPIA CHIRURGICA DELLE VALVULOPATIE E CORONAROPATIE

In presenza di qualunque valvulopatia o di dubbia malattia coronarica il paziente va avviato al cardiologo dell'ambulatorio scompenso del centro di riferimento di III livello dove possa essere inquadrato ed il caso discusso con il cardiocirurgo.

STENOSI AORTICA: LA TAVI è indicata in particolar modo nei pazienti con stenosi aortica low flow-low gradient e scompenso cardiaco.

INSUFFICIENZA MITRALICA: andrebbe sempre trattata quando di grado moderato/severo prima che la dilatazione ventricolare sinistra raggiunga/superi i 40 ml/mq. Il trattamento con MITRACLIP: benchè non migliori significativamente la prognosi a lungo termine, può essere un'opzione nel trattamento dell'insufficienza mitralica funzionale moderato/severa soprattutto in attesa di eventuali altre opzioni chirurgiche.

VALVULOPLASTICA MITRALICA CHIRURGICA: da effettuarsi, se indicata, in corso di intervento di BPAC quando non controindicata per severe comorbidità o per stato avanzato di scompenso o eccessiva dilatazione VS

RIVASCOLARIZZAZIONE MIOCARDICA: (PTCA/BPAC) è sempre indicata quando sia dimostrata la presenza di una malattia coronarica significativa e probabile causa della disfunzione sistolica VS. NON è indicata in presenza di miocardio non vitale.

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

ASSISTENZA VENTRICOLARE SINISTRA MECCANICA

I pazienti con scompenso avanzato vengono solitamente classificati secondo "profilo INTERMACS" e non più per classe NYHA.

Questa è una classificazione seguita al momento a livello internazionale per valutare l'indicazione a trapianto cardiaco/impianto di VAD.

Tab 1. Livelli INTERMACS – Profili e tempistica di intervento (adattata da Stevenson et al) (23)

Descrizione dei Profili INTERMACS	Tempistica di intervento
Livello 1: Shock cardiogeno critico – "Crush and burn" Pazienti con ipotensione severa nonostante rapido aumento del supporto inotropo, "critica" ipoperfusione d'organo, spesso associata a peggioramento dell'acidosi e/o dei livelli di lattati	Necessario intervento definitivo entro poche ore
Livello 2: Declino progressivo – "Sliding on inotropes" Pazienti con declino funzionale nonostante supporto inotropo e.v., può manifestarsi con peggioramento della funzione renale, declino dello stato nutrizionale, impossibilità di ripristinare un adeguato equilibrio volêmico. Descrive, inoltre, lo stato di declino di quei pazienti intolleranti alla terapia con inotropi (e.g. a causa di aritmie)	Necessario intervento definitivo entro pochi giorni
Livello 3: Stabile ma dipendente da inotropi – "Stabilmente dipendenti" Pazienti con stabilità della pressione arteriosa, della funzione d'organo, dello stato nutrizionale e dei sintomi con supporto inotropo continuo e.v. (o con dispositivo supporto circolatorio temporaneo o entrambi), ma con ripetuti fallimenti dei tentativi di svezzamento dal supporto inotropo/meccanico, a causa del ripresentarsi di ipotensione severa o disfunzione renale.	Intervento definitivo elettivo nell'arco di settimane o pochi mesi
Livello 4: Sintomi a Riposo Il paziente può essere stabilizzato in condizioni prossime all'euvolemia, ma presenta quotidianamente sintomi da congestione a riposo o durante le normali attività quotidiane. Generalmente il dosaggio del diuretico si attesta su valori molto alti. Devono essere adottati sia una gestione più intensiva che strategie di monitoraggio, che, in alcuni casi, possono compromettere la compliance e di conseguenza il risultato, con qualsiasi terapia. Alcuni pazienti possono fluttuare tra il livello 4 e 5.	Intervento definitivo elettivo nell'arco di settimane o pochi mesi
Livello 5: Intolleranza all'esercizio Paziente asintomatico a riposo e durante le normali attività quotidiane, ma incapace di intraprendere qualsiasi altra attività, vivendo prevalentemente in casa. È un paziente asintomatico a riposo, ma può avere comunque un sovraccarico di volume refrattario alla terapia diuretica, e spesso associato a insufficienza renale.	Urgenza variabile, dipende dallo stato nutrizionale, dalla disfunzione d'organo e dalla tolleranza all'esercizio
Livello 6: Limitazione all'esercizio – "walking wounded" Il paziente, scevro da sovraccarico di volume, è asintomatico a riposo, durante le normali attività quotidiane e le piccole attività fuori casa, ma diventa rapidamente sintomatico dopo pochi minuti di attività fisica significativa. L'attribuzione ad un sottostante deficit cardiaco richiede una attenta misurazione del picco di consumo di ossigeno, e, in alcuni casi, una valutazione emodinamica, a conferma della severità della disfunzione cardiaca.	Variabile, dipende dallo stato nutrizionale, dalla disfunzione d'organo e dalla tolleranza all'esercizio
Livello 7: NYHA III avanzata Questo livello si apre a future nuove descrizioni più precise. Include pazienti senza attuali o recenti episodi di instabilità e ritenzione di fluidi, che vivono asintomatici e sono in grado di tollerare attività fisiche significative fino all'attività fisica lieve.	Trapianto o supporto circolatorio potrebbero non essere indicati al momento
Eventi in grado di aggravare il profilo INTERMACS	

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO TERAPEUTICO FARMACI - DEVICES - CHIRURGIA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

TCS – Temporary Circulatory Support (supporto circolatorio temporaneo) Include contropulsazione aortica (IABP), ECMO, TandemHeart, Levitronix, BVS5000 o AB5000, e Impella. Si applica solo a pazienti ricoverati in ospedale.	Applicabile ai Livelli 1, 2, 3 di pazienti ospedalizzati
A – Aritmia È applicabile a qualsiasi profilo. Tachi-aritmia ventricolare ricorrente che recentemente ha sostanzialmente contribuito alla compromissione clinica del paziente. Include frequenti interventi appropriati dell'ICD o la necessità di defibrillazione elettrica esterna, solitamente più di 2 volte a settimana.	
FF – “Frequent Flyer” È applicabile solo a pazienti non ospedalizzati, descrivendo quei pazienti che richiedono frequenti rivalutazioni cliniche in emergenza o ospedalizzazioni per terapia diuretica, ultrafiltrazione, o infusione temporanea di terapia vasoattiva.	Applicabile a tutti i Livelli INTERMACS Livello 3, se a domicilio, 4, 5, 6. Un Paziente “Frequent Flyer” è raramente ad un livello 7

Ovviamente questi pazienti sono GIA’ in carico all’ambulatorio di 3[^] livello e, spesso assistiti già in ADI (interazione ambulatorio III liv/ADI al massimo livello)

INDICATORI DI PERFORMANCE PER IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DATI EPIDEMIOLOGICI

N.ro di Pazienti con S.C trattati negli anni

VOLUMI di ATTIVITA’

N.ro di pazienti trattati per Ambulatorio Scompenso

INDICATORI DI RISULTATO

Riduzione della % di riospedalizzazione nei pazienti trattati adeguatamente

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

Diagnosi precoce

%di pazienti identificati per eziologia

% pazienti identificati per comorbilità

% pazienti trattati con associazione di più farmaci

% pazienti identificati con classe NYHA

% pazienti identificati con EF

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO di RIABILITAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

Razionale/Obiettivi

1. Ritardare la progressione della cardiopatia
2. Prevenire le riacutizzazioni ed i ricoveri ospedalieri ripetuti
3. Migliorare le condizioni motorie generali
4. Ridurre le limitazioni di vita quotidiana e sviluppare le potenzialità residue.

La Riabilitazione Cardiologica è un processo multifattoriale che ha come fine:

- Favorire la stabilità clinica
- Ridurre le disabilità conseguenti alla malattia
- Supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società (OMS)

Pertanto le strutture di Cardiologia Riabilitativa sono centri competenti ed efficienti per le cure anche dei pazienti con scompenso cardiaco. Le linee-Guida ESC sullo scompenso, sia nella versione del 2012, che in quella del 2016 pongono indicazione alla riabilitazione cardiologica dei pazienti scompensati con livello di raccomandazione IA.

Indicazioni alla riabilitazione cardiologica nei pazienti con scompenso cardiaco

Le linee guida nazionali indicano l'avvio a programmi di riabilitazione cardiologica nei seguenti pazienti con SC:

- Pazienti in fase di instabilità (classe NYHA III-IV) in particolare con necessità di terapia in fase di titolazione o terapie infusive e/o necessità di trattamento riabilitativo intensivo, training fisico o ricondizionamento
- Pazienti con necessità di valutazione per porre indicazione a trapianto o per verificare persistenza dell'indicazione a trapianto
- Pazienti al primo episodio di scompenso che possono giovare di una valutazione funzionale, di training fisico o di ricondizionamento, nonché di un intervento psicologico ed educativo
- Pazienti con scompenso cronico instabilizzato nei quali l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero o il corretto evolversi della funzione, riducendo l'entità della disabilità.

Per i pazienti ricoverati il programma riabilitativo è parte del percorso di cure iniziato durante la degenza.

Fasi della riabilitazione cardiologica

La riabilitazione cardiologica si estrinseca in 3 fasi non necessariamente interdipendenti:

- CR in regime di degenza
- CR in regime di DH

CR ambulatoriale Saranno il rischio clinico, la complessità clinico-assistenziale ed il grado di disabilità a definire il percorso riabilitativo più idoneo

Indicazioni alla CR degenziale

La riabilitazione cardiologica in regime di degenza per i pazienti ricoverati per una fase acuta della malattia (EPA, instabilizzazione, scompenso cardiaco de novo) inizia una volta ottenuta la stabilità clinica del paziente ed è una fase operativa in grado di completare la cura ed il recupero funzionale attraverso una appropriata gestione clinico-assistenziale della fase post acuta, delle complicanze e comorbidità e la strutturazione di programmi di training fisico, supporto psicologico, educazione sanitaria e prevenzione secondaria.

Sono candidati al trasferimento prioritario alla CR degenziale:

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

- Pazienti ad elevato rischio di eventi e/o necessità di terapie farmacologiche la cui titolazione deve essere effettuata in regime di ricovero
- Pazienti a rischio medio-alto (classe NYHA III-IV) con instabilità elettrica o che necessitano di supporto nutrizionale o con esigenze di riabilitazione intensiva
- Pazienti anziani con elevato grado di compromissione dell'autonomia

Indicazioni alla CR in regime di DH o ambulatoriale

Pazienti con rischio clinico basso, classe NYHA II-III, assenza di rilevanti disabilità, che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa per 24h, in grado di tollerare i trasferimenti da e per il proprio domicilio.

In presenza di condizioni inficianti un trattamento riabilitativo specialistico quali gravi comorbidità, con carattere di irreversibilità (disfunzione epatica, renale, respiratoria) disabilità legata a problemi neurologici, dell'apparato locomotore o comportamentali (deterioramento cognitivo) vi è indicazione a ricoverare il paziente presso una Riabilitazione Generale o Geriatrica.

Protocolli di riabilitazione cardiologica

- Valutazione basale del rischio e dello stadio funzionale con ecocardiogramma, test da sforzo, walking test, test cardiopolmonare se disponibile
- Elaborazione del programma riabilitativo individuale
- Impostazione di training personalizzato con monitoraggio elettrocardiografico
- Valutazione psicologica, test sulla qualità di vita, consulenza dietistica, se opportuna
- Correzione dei fattori di rischio cardiovascolari (valutazione del compenso glicemico, del controllo pressorio e del profilo lipidico)
- Counseling per la sospensione del fumo
- Valutazione delle disabilità (visita fisiatrica per problemi di mobilità)
- Rivalutazione funzionale (walking test, test da sforzo, test cardiopolmonare) al termine del ciclo riabilitativo

Effetti del training nel paziente con scompenso cardiaco stabile

- Migliora la funzione respiratoria e la funzione del sistema nervoso autonomo
- Migliora il circolo vascolare periferico, la funzione muscolare e metabolica

Indicatori di efficacia della riabilitazione cardiologica nel paziente scompensato

- Miglioramento della tolleranza allo sforzo e dell'autonomia funzionale con riduzione dei sintomi (misurabile con walking test)
- Stabilizzazione clinica, miglioramento del profilo di rischio e della qualità di vita □
Riduzione di mortalità e morbilità

Indicatore di esito

Riduzione del tasso di ricoveri ripetuti a 30 e 90 gg

RAZIONALE

L'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) è un processo multidisciplinare dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura (solitamente di peso inferiore) ad un altro sia esso domicilio, sistema residenziale o altra realtà questo per garantire una **dimissione protetta** effettuata nei confronti dei pazienti non autosufficienti con rischio sanitario e/o sociale per i quali si definisce durante il ricovero un piano d'interventi sanitario o socio-sanitario in regime domiciliare o residenziale così da garantirne la continuità assistenziale alla dimissione.

FASI DEL PROCESSO

1. Segnalazione

Viene utilizzata una scheda unica (vedi allegato) per tutte le segnalazioni delle U.O.: in accordo con la direzione sanitaria si predilige l'accesso della segnalazione.

2. Team

Per la valutazione multidimensionale (VMD) il team sarà così composto: medico area cronicità + infermiere+ fisioterapista e altra figura individuata dal team. La valutazione viene eseguita nell'U.O. dimettente da parte del VDM.

2a. Condivisione con

- Cardiologo del caso (meglio due)
- Centro cure domiciliari
- MMG (figura cardine e unico responsabile a domicilio)
- Familiare e/o Caregiver (previa informazione e formazione durante il ricovero con verifica della comprensione prima della dimissione del Pz.)
- Case manager del caso

2b. Viene formulato un PAI

Criteri finali di eleggibilità e sintesi di complessità (per l'assistenza sul Territorio prevale il concetto di complessità del paziente sullo stadio dello SC):

- Clinica: alta media bassa
- Assistenziale: alta media bassa
- Sociale: alta media bassa

3. Pianificazione della dimissione

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

Tutte le dimissioni devono essere fatte al massimo fino al venerdì mattina, con segnalazione già effettuata al giovedì pomeriggio e comunque deve essere soddisfatta la presenza del proprio **MMG**. Nessuna dimissione prefestiva.

3a Lettera di dimissione per lo scompenso nel paziente

- Cardiologico
- Con comorbidità- prev. Internistico
- Nel paziente fragile- prev. Geriatrico

4. Tutte le dimissioni vengono affidate al centro cure domiciliari

4a.Organizzazione dell'assistenza e monitoraggio

A tutti i pazienti deve essere garantita la medesima assistenza₅

Affidamento del caso all'infermiere di riferimento

Accessi domiciliari programmati -

assistenziali infermieristici -educazionali:

- Per lo stile di vita: fumo, peso, alcool, caffè, sodio, stress, i sintomi d'allarme
- AFA (attività fisica adattata)

-MMG

-Specialistici

Cure palliative e di fine vita: al momento nessun paziente viene ricoverato in Hospice. Soddisfare i desideri del paziente e discutere con il lui e la sua famiglia per stabilire un piano anticipato di cure: nessun paziente deve ricorrere alla Rianimazione Cardio-polmonare (RCP).

Pazienti eleggibili in ADI

Classe III-IV NYHA stabile o instabile nei casi in cui non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problematiche socio assistenziali

Sistema informativo

Cartella Medica Informatizzata su cloud che permette la raccolta, la condivisione dei dati e l'analisi ai fini epidemiologici, clinico assistenziali, statistici, amministrativi

Formazione

- Medici, Infermieri, Caregiver

PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE

PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T

PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

MATRICE RESPONSABILITA' FOLLOW UP PZ.

COMPITO	AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	RESPONSABILITA'
VISITA	Anamnesi		Mensile + al bisogno	MMG
	Esame obiettivo	Peso	Giornaliera	Caregiver
		PAO	Giornaliera	Caregiver
		FC	Giornaliera	Caregiver
		Edemi	Giornaliera	Caregiver
		Dispnea	Mensile + al bisogno	MMG
		Peso	Mensile + al bisogno	MMG
		Dispnea	Mensile + al bisogno	MMG
		Edemi	Mensile + al bisogno	MMG
		Epatomegalia	Mensile + al bisogno	MMG
		Stasi polmonare	Mensile + al bisogno	MMG
		Turgore giugulari	Mensile + al bisogno	MMG
		PAO	Mensile + al bisogno	MMG
		FC	Mensile + al bisogno	MMG
		Saturazione O2	Mensile + al bisogno	MMG
		Stato nutrizionale	Mensile + al bisogno	MMG
	Stato cognitivo e dell'umore	Mini- cog GDS	Semestrale + al bisogno	MMG
	Counseling di vita del paziente	Natura della malattia Obiettivo e modalità terapia, Stile di vita Controlli-Autocontrolli Stimolo alla compliance Terapeutica	Mensile + al bisogno	MMG
	Counseling per Caregiver		Mensile + al bisogno	MMG
	Rivalutazione della terapia		Mensile + al bisogno	MMG
	Valutazione NYHA		Mensile + al bisogno	MMG
	Valutazione del paziente a svolgere attività della vita quotidiana		Mensile + al bisogno	MMG
ESAMI STRUMENTALI	ECG RIPOSO		Semestrale + al bisogno	INFERMIERE (telemedicina)
	ECOCARDIOGRAMMA		Annuale + al bisogno	CARDIOLOGO
	VALUTAZIONE CLINICA SPECIALISTICA		Annuale + al bisogno	CARDIOLOGO
	ESAMI DI LABORATORIO	Glicemia	Semestrale + al bisogno	Infermiere
		ALT AST GGT ALP	Semestrale + al bisogno	Infermiere
		Na k	Semestrale + al bisogno	Infermiere
		Colestrolo, trigliceridi, hdl colesterolo	Semestrale + al bisogno	Infermiere

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO				
		Emocormo	Semestrale + al bisogno	Infermiere	
		Esame urine	Semestrale + al bisogno	Infermiere	
		TSH	Semestrale + al bisogno	Infermiere	
		BPN	Al bisogno	Infermiere	
AVVIO AL RICOVERO (PS)				MMG	



**REGIONE
BASILICATA**

PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE

**PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T
PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO**

INDICATORI per ADI

INDICATORE	RAPPRESENTAZIONE	STANDARD
Rispetto della tempistica negli esami strumentali	Numero degli esami strumentali eseguiti nei tempi previsti sul totale degli esami previsti	Indicatore stratificato per Esame
Classificazione NYHA	Numero dei documenti clinici che riportano la classificazione NYHA sul totale dei pazienti trattati	Indicatore stratificato per struttura
Rilevazione comorbidità	Numero di pazienti in cui vengono rilevate comorbidità totale pazienti con SC	
Completezza documentazione clinica	Numero elementi minimi riportati sui documenti clinici sul totale degli elementi minimi previsti	Indicatore stratificato per anamnesi e esame obiettivo
Valutazione della funzione sistolica ventricolare		>75%
Rilevazione peso		>75%
Uso degli inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE-inibitori) o antagonisti recettoriali dell'angiotensina	Numero prescrizioni per ACE inibitori su totale eleggibili	>85%
Uso dei betabloccanti	Numero prescrizioni per betabloccanti su totale eleggibili	>50%
Uso della terapia anticoagulante per la fibrillazione atriale	Numero prescrizioni per terapia anticoagulante su totale eleggibili	>85%
Educazione del paziente. I pazienti con SC dovrebbero ricevere materiale informativo scritto sul livello di attività fisica consigliato, la dieta, la terapia farmacologica, la misurazione del peso, il comportamento da tenere in caso di deterioramento dei sintomi, e un appuntamento di follow-up	Numero pazienti esposti ad educazione su totale eleggibili	
Ricoveri ripetuti.	Numero pazienti con ricovero a 30 giorni su totale Numero pazienti con accesso al DEA a 30 giorni su totale Numero pazienti con ricovero a 90 giorni su totale Numero pazienti con accesso al DEA a 90 giorni su totale Numero pazienti con ricovero a 180 giorni su totale	
Mortalità		

PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE
PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T
PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

CARTELLA CLINICA DOMICILIAIRE
PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO
PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T
PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

DATI

COGNOME

NOME

Nato/a a

il

Residente a

Via

tel

Stato Civile vive con.....

Care Giver

tel

MMG

TERAPIA IN
ATTO

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE

PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T
PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

CARTELLA CLINICA DOMICILIARE
PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO
PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T
PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

VALUTAZIONE

DOMICILIARE ☐ il OSPEDALIERA ☐ il

a. Attività fisica

Autonomo ☐ Parz. Autonomo ☐ In sedia ☐ Allettato ☐

b. Alimentazione

< N > >> Alcool Fumo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

c. Idratazione

< N > >> flebo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

d. Incontinenza

fecale ☐ ☐ quale

urinaria ☐ portatore di catetere vescicale ☐ Ausili ☐

e. Sonno regolare

☐ ☐ Usa più cuscini ☐ Quanti ☐ Farmaci ☐

☐

f. Tosse Notturna

☐

g. Dispnea

Classe

VALUTAZIONE
FUNZIONALE

NYHA 1

☐

assenza di sintomi

NYHA 2

☐

sintomi per
normale attività
quotidiana

NYHA 3

☐

sintomi per
attività inferiori alla
normale attività
quotidiana

NYHA 4

☐

sintomi a riposo

o PATOLOGIE CONCOMITANTI:

a. Cardiopatia ☐ valvolare ☐ aritmogena ischemica ☐ post IMA ☐
b. Ipertensione ☐
c. BCO ☐
d. Diabete ☐
e. Altro ☐

☐

Ore n.

flusso lt/m.

o Ossigeno Terapia domiciliare

☐



REGIONE
BASILICATA

PROTOCOLLO ASSISTENZA DOMICILIARE

PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T
PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

VALUTAZIONE DOMICILIARE

DATA												
Peso												
Diuresi												
P/A												
SO2												
DISPNEA	Invariata											
	Migliorata											
	Aumentata											
AFFETTIVITA'	Invariata											
	Migliorata											
	Peggiorata											
RIPOTIZIONE	Invariata											
	Migliorata											
	Peggiorata											
NUTRIZIONE	ALIMENTAZIONE	Inv.										
		Migl										
		Peg.										
	IDRATAZIONE	Inv.										
		Migl										
		Peg.										
RISERVA	Sempre											
	Spesso											
	Mai											



PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO

[illegible]

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO RIACUTIZZAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

RAZIONALE

Il paziente con scompenso cardiaco rappresenta una criticità per il nostro servizio sanitario regionale, lo dimostrano i dati dell'Agenas che mettono in evidenza come, per i pazienti con età > di 65 anni, il numero dei ricoveri è nettamente superiore alla media nazionale e gli indicatori di qualità sono molto distanti dal benchmark. Questi dati dimostrano inappropriately dei servizi sanitari, incapaci di rispondere ai bisogni di salute in quella fascia di età e per quel tipo di patologia. Le principali criticità esistenti in tal senso coinvolgono parimenti il setting assistenziale territoriale, nell'ambito del quale le cure primarie occupano un ruolo preminente e quello ospedaliero. Il loro superamento è perseguibile da un lato migliorando le competenze professionali dei medici di medicina generale per questa patologia, tramite la formazione, e dall'altro implementando il processo di integrazione ospedale -territorio. Migliorare la gestione multi-dimensionale del paziente con scompenso cardiaco cronico riducendo il ricorso ad esami, visite e ricoveri impropri, migliorando il riconoscimento precoce della patologia, l'aderenza dei trattamenti alle linee guida ed il follow-up integrato tra centri specialistici e medicina generale. La continuità assistenziale può essere perseguita solo con l'adeguato supporto tecnicogestionale e la collaborazione degli operatori dei diversi *setting* assistenziali.

OBIETTIVI

Migliorare la gestione multi-dimensionale del paziente con scompenso cardiaco cronico riducendo il ricorso ad esami, visite e ricoveri impropri, migliorando il riconoscimento precoce della patologia, l'aderenza dei trattamenti alle linee guida ed il follow-up integrato tra centri specialistici e medicina generale. La continuità assistenziale può essere perseguita solo con l'adeguato supporto tecnico-gestionale e la collaborazione degli operatori dei diversi setting assistenziali.

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO RIACUTIZZAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

MATRICE ATTIVITA' RESPONSABILITA' GESTIONE DEL PAZIENTE CON RIACUTIZZAZIONI

Professionista Coinvolto	Attività	Sintomi	Diagnosi	Azione svolta
MMG	Visita: Anamnesi Esame obiettivo: Peso corporeo, edemi, epatomegalia, stasi polmonare, Turgore giugulari, PAS/PAD, FC, Classe NYHA	- Edema polmonare - Dispnea a riposo con ortopnea - Anasarca o severi edemi declivi con grave congestione venosa e/o - Oligoanuria - - Aritmie minacciose e/o sintomatiche - - Ipotensione (PAS < 80 mmHg) sintomatica e/o shock -Nuova evidenza clinica e/o strumentale di - Ischemia miocardica -Segni e sintomi di bassa portata - - Refrattarietà alla terapia farmacologica orale non gestibile ambulatorialmente	Scompenso acuto di nuova insorgenza Riacutizzazione severa di scompenso cronico	Ricovero urgente in Ospedale
		Presentazione in classe NYHA III	Scompenso di nuova insorgenza Instabilizzazione di scompenso cardiaco cronico	Richiesta di visita cardiologica ambulatoriale con classe di priorità "U" – Urgente (preferibilmente presso le UU.OO. dedicate)
		Presentazione in Classe NYHA II	Scompenso di nuova insorgenza Instabilizzazione di scompenso cardiaco cronico	Richiesta di visita cardiologica ambulatoriale con classe di priorità "B" – a breve termine (preferibilmente presso le UU.OO. dedicate)
		Sintomi lievi o aspecifici	Sospetto scompenso cardiaco	Rx torace ed esami di laboratorio (Glicemia, GOT, GPT, Na, K, Azotemia, Creatinina, Emocromo, BNP o NT-ProBNP, Esame urine) Se il sospetto di SC è confermato: Richiesta di visita cardiologica ambulatoriale con classe di priorità "D" – Differita – entro 30 giorni

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO RIACUTIZZAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

Professionista Coinvolto	Attività	Sintomi	Diagnosi	Azione svolta
Medico Specialista Medico specialista delle UU.OO. dedicate	Visita Cardiologica: ECG Ecocardiogramma Saturazione di O2	Conferma o esclusione diagnosi di SC: - Diagnosi eziologica e valutazione funzionale - Stratificazione prognostica	Se SC severo acuto o riacutizzato Edema polmonare Dispnea a riposo con ortopnea Anasarca o severi edemi declivi con grave congestione venosa e/o oligoanuria Aritmie minacciose e/o sintomatiche Ipotensione (PAS < 80 mmHg) sintomatica e/o shock Nuova evidenza clinica e/o strumentale di ischemia miocardica Segni e sintomi di bassa portata Refrattarietà alla terapia farmacologica orale non gestibile ambulatorialmente	Ricovero Ospedaliero
			Se SC gestibile sul Territorio Peggioramento tolleranza fisica Angina Aritmie sintomatiche(tachi/bradiaritmie) Congestione Ipotensione Aumento creatinina Aumento azotemia Iponatriemia Iperkaliemia Ipokaliemia	Gestione Ambulatoriale o in Day Service Presa in carico da parte delle Strutture dedicate Impostazione della terapia farmacologica Pianificazione eventuali procedure diagnostiche e terapeutiche non farmacologiche Follow-up secondo le necessità cliniche

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO RIACUTIZZAZIONE PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

Professionista Coinvolto	Attività	Sintomi	Diagnosi	Azione svolta
Infermiere delle strutture dedicate Infermiere delle strutture Territoriali	Visita o follow-up telefonico di pazienti già in carico Esame obiettivo: PAS/PAD, FC, peso corporeo, BMI, reperti di congestione venosa, analisi sintomi, diuresi, classe NYHA Valutazione aderenza Terapeutica	Sospetto scompenso cardiaco in fase di riacutizzazione	Se sintomi lievi	Organizza, sentito il parere dello specialista di riferimento, controllo di follow-up ambulatoriale
			Se sintomi suggestivi di severità	Organizza, sentito il parere dello specialista di riferimento, accesso urgente in Ospedale per valutazione urgente e/o ricovero
Dipartimento di emergenza - accettazione	Visita: - Anamnesi - Esame obiettivo: peso corporeo, edemi, epatomegalia, stasi polmonare, turgore giugulari, PAS/PAD, FC, Classe NYHA	- Edema polmonare - Dispnea a riposo con ortopnea - Anasarca o severi edemi declivi con grave congestione venosa e/o oligoanuria -Aritmie minacciose e/o sintomatiche - Ipotensione (PAS < 80 mmHg) sintomatica e/o shock -Nuova evidenza clinica e/o strumentale di Ischemia miocardica - Segni e sintomi di bassa portata - Refrattarietà alla terapia farmacologica orale non gestibile ambulatorialmente	Scompenso acuto di nuova insorgenza a Riacutizzazione severa di scompenso cronico	In base alla presentazione clinica: Ricovero ospedaliero in Medicina di Urgenza Ricovero in Terapia intensiva Ricovero in reparto di degenza idoneo a gestire anche le eventuali co-morbidità
		Presentazione con sintomatologia riferibile a classi funzionali gestibili ambulatorialmente - Sospetto scompenso cardiaco - SC in classe funzionale NYHA II o III		Segnalazione alle UU.OO. Ospedaliere dedicate per valutazione clinica, prognostica, percorso diagnostico e terapeutico, ottimizzazione di terapia già in atto ed eventuale presa in carico per il follow-up

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E DAY SERVICE

PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T

La definizione di percorsi sanitari condivisi da ospedale e territorio risulta particolarmente indicata per una gestione razionale, efficace ed economica delle patologie croniche ad elevata prevalenza che richiedono un approccio metodologico coordinato, su tempi medio/lunghi con il coinvolgimento dell'assistito.

La costruzione di un "percorso" prevede la definizione degli obiettivi, dei ruoli e degli ambiti di intervento, a garanzia della chiarezza delle informazioni all'utente e dei compiti agli operatori, migliorando la riproducibilità, l'uniformità delle prestazioni erogate e riducendo l'evento straordinario. Il valore aggiunto dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (di seguito indicati con PDTA) è insito nella valorizzazione dell'esito "outcome" come obiettivo e non tanto come prodotto, nel coinvolgimento multidisciplinare, che consente lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli.

I PDTA sono strumenti che permettono alle aziende sanitarie ed ospedaliere di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile. In particolare, quando si costruisce un PDTA risulta fondamentale indicare i punti critici, gli obiettivi generali e specifici, i documenti di riferimento, i destinatari, gli attori, le modalità organizzative, i compiti ed i ruoli.

Le prestazioni previste nei percorsi assistenziali dei PACC, introdotti nel Nomenclatore regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, afferiscono alle branche dell'area funzionale della medicina, della chirurgia che, di norma, venivano prima eseguite in regime di ricovero ordinario o di day-hospital. Le tariffe applicate sono riconosciute condizionatamente all'esecuzione delle prestazioni incluse nel pacchetto, per le quali è dovuto il pagamento dei ticket sanitari (compartecipazione alla spesa - Legge n. 537/1993 e s.m.i. e quota fissa - DGR n. 1351/2011, DGR n. 1052/2012, DGR n.699/2013) nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

I PACC indicati si configurano con l'erogazione di almeno 5 delle prestazioni previste, in caso contrario è dovuto il pagamento delle sole prestazioni eseguite.

Il rilascio delle certificazioni mediche ed il riconoscimento del diritto all'esenzione per la patologia seguono la normativa vigente.

STRUTTURE AFFERENTI ALLA RETE REGIONALE "SCOMPENSO CARDIACO"

Il Piano Regionale Integrato della Salute 2012-2015 ha individuato le strutture che compongono la rete regionale per la gestione integrata ospedale-territorio dello scompenso cardiaco e che di seguito si riportano:

Ambulatori autonomi e dedicati, attivati in ambito distrettuale e ospedaliero, con personale dedicato almeno per tre giorni a settimana

Unità Operative semplici Dipartimentali, dotate di personale dedicato, presso l'Ospedale di Potenza e di Matera (per la presenza in queste strutture di laboratori di elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca, di cardiologia nucleare e di emodinamica) con compiti di Centri di riferimento Regionale e Coordinamento delle Attività nel Territorio della ASM e della ASP

Centro di Riferimento Regionale per la Cardiocirurgia dello S.C., presso la U.O. complessa di Cardiocirurgia dell'Ospedale S. Carlo di PZ al quale le strutture sanitarie della Rete dovranno avviare, per le opportune indagini specialistiche e gli interventi terapeutici necessari, i pazienti affetti da scompenso cardiaco con indicazione all'intervento cardiocirurgico.

AMBULATORIO SCOMPENSO:

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E DAY SERVICE

PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T

L'appropriatezza, l'efficacia, la sicurezza, l'equità e l'efficienza nella erogazione delle prestazioni assistenziali sopradescritte sono garantite dalla completa funzionalità degli ambulatori dello S.C. della regione. Gli ambulatori devono essere dotati degli spazi, delle attrezzature nonché del personale necessario per il regolare svolgimento delle attività sia ambulatoriale che di Day Service

L'ambulatorio deve svolgersi in ambienti dedicati, con personale dedicato, almeno 2-3 vv/settimana (5 gg/settimana presso l'AOR S Carlo e Ospedale di MT).

La dotazione minima strumentale è la seguente:

- Elettrocardiografo
- sfigmomanometro
- Ecocardiografo
- Bilancia pesa-persone
- Saturimetro
- bioimpedenziometro

PROFILI CLINICI e DAY SERVICE

Lo scompenso cardiaco rappresenta l'evoluzione finale della maggior parte delle cardiopatie. È una sindrome spesso complessa, che per l'80% circa interessa una popolazione di età >65 anni, ad andamento progressivo, caratterizzato da fasi di instabilizzazione clinica che comportano ricoveri ripetuti, elevato carico economico e socio sanitario, di frequente evitabili con follow-up adeguati e personalizzati e se si ricorre ad un innovativo modello organizzativo per l'attività specialistica ambulatoriale indicato come Day Service (di seguito indicato con DS) per lo scompenso cardiaco: esso si concretizza attraverso l'erogazione, in tempi necessariamente brevi, di prestazioni multiple integrate, senza che sia richiesta permanenza ed osservazione prolungata del paziente ma che affronta problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico mediante interventi programmati, articolati ed interdisciplinari.

L'obiettivo del DS è quello di garantire la continuità assistenziale, evitando inutili frammentazioni del percorso ed individuando un unico referente dell'attività ambulatoriale, interfaccia tra il paziente e il medico prescrittore, riducendo i tempi di attesa delle attività ambulatoriali, delle lista d'attesa per il ricovero ed il numero di ricoveri inappropriati.

Il DS presuppone:

- la presenza contemporanea nella struttura di più specialisti organizzata con servizi dedicati e interconnessi (multidisciplinarietà e multi professionalità dei professionisti coinvolti);
- la gestione unitaria del paziente da parte dello specialista che gestisce il caso clinico, registrazione dell'attività (scheda ambulatoriale) e redazione della documentazione clinica conclusiva;
- l'esplicitazione a priori dei relativi protocolli diagnostico terapeutici;
- la formulazione della diagnosi e della terapia con un numero limitato di accessi.

Per l'attivazione del DS si deve tener conto dell'impatto organizzativo che ha sui servizi coinvolti, nel rispetto comunque dell'ordine delle priorità assistenziali globali della struttura (attività di emergenza, ricovero ordinario e diurno, Day Service, ambulatoriale). In tal senso, la pianificazione dell'attività consente di destinare una quota parte della disponibilità per il DS presso i servizi di diagnostica per immagini, laboratorio e di altre specialità, al fine di razionalizzare le risorse disponibili. Le urgenze non sono trattate in modalità di DS relativa esclusivamente ad una casistica programmata.

I DS richiedono l'individuazione, a priori, dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici e la creazione di relazioni strutturate con i servizi di diagnosi e gli specialisti anche se ubicati in

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E DAY SERVICE

altre sedi, per avvalersi della consulenza di tutti i servizi presenti in ospedale o nel poliambulatorio territoriale e per assicurare la presa in carico dell'utente per tutta la durata del percorso sia per la parte assistenziale che per quella gestionale (accettazione, prenotazione, calcolo del ticket, rilevazione dati anagrafici e clinici, etc.).

In relazione alla tipologia di DS, l'accesso è prescritto su ricettario regionale dal MMG e/o dal medico specialista di strutture ospedaliere o ambulatoriali territoriali pubbliche, con l'indicazione della denominazione del DS ed il relativo codice regionale, ed è prenotato dall'utente e/o dal MMG e/o dal medico specialista e/o dalle farmacie, etc. mediante il Centro Unificato di Prenotazione, garantendo lo scambio di informazioni tra gli stessi.

Le Direzioni Sanitarie coinvolte devono organizzare, coordinare e verificare tutte le attività del DS e le unità operative provvedono a registrare le prenotazioni, a programmare le attività assistenziali, logistiche ed amministrative necessarie.

Il Day service va completato entro 30 giorni dall'avvio con il minor numero possibile di accessi per il paziente e comporta la predisposizione di una cartella clinica informatizzata identificata da un codice univoco, comprensiva anche dei referti relativi alle prestazioni richieste inviati al responsabile del DS.

La struttura organizzativa del DS richiede l'individuazione di un:

- referente medico responsabile della presa in carico dell'assistito che ha il compito di organizzare i percorsi diagnostico-terapeutici e di garantire il governo clinico dei percorsi diagnostico-terapeutici seguiti ed il loro monitoraggio.
- referente con compiti anche amministrativi che verifica la correttezza delle prenotazioni delle prestazioni previste nel percorso e della documentazione (esenzioni, modulistica, ecc.) al fine di assicurare la tempestività e completezza degli adempimenti, fornendo la necessaria assistenza ai pazienti.

Il DS per lo scompenso cardiaco si configura come Pacchetto Ambulatoriale Complesso e Coordinato composto da gruppi di prestazioni, ciascuna delle quali incluse nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, definiti a priori a livello regionale.

Il referente medico del DS individua l'iter specifico del paziente nell'ambito delle prestazioni previste, attiva la cartella ambulatoriale, esprime la valutazione clinica conclusiva da comunicare all'assistito e redige la relazione da trasmettere al MMG con la documentazione sanitaria prodotta.

La struttura che eroga prestazioni in DS è tenuta alla registrazione e alla conservazione della seguente documentazione:

- la ricetta di richiesta di accesso alle prestazioni;
- la cartella clinica ambulatoriale informatizzata contenente i dati anagrafici e il codice fiscale dell'assistito, l'inquadramento del problema sanitario con indicazione del sospetto diagnostico o delle necessità assistenziali;
- il diario delle prestazioni erogate in DS; copia dei referti delle prestazioni eseguite.

Lo scompenso cardiaco è il quadro finale di molteplici affezioni, rappresentando condizione patologica ad alta incidenza e prevalenza, con elevata morbilità e mortalità e molteplici complessità sul piano assistenziale e terapeutico: dal punto di vista pratico è opportuno, pertanto ed in primo luogo, identificare profili clinici il più possibile omogenei cui conseguano conformi percorsi di cura e provvedimenti assistenziali.

Conseguentemente, vengono identificati i seguenti profili clinici:

- paziente a basso rischio cardiovascolare (c.v.);
- paziente ad alto rischio c.v. (STADIO A);
- paziente con disfunzione VS asintomatica (STADIO B);
- paziente con scompenso cardiaco cronico sintomatico (STADIO C, classe NYHA II>IV);

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E DAY SERVICE

PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T

- paziente con scompenso cardiaco cronico anziano complesso; paziente con scompenso cardiaco avanzato (STADIO D).

Paziente a basso rischio o rischio cardiovascolare non noto.

Gran parte della popolazione sana ignora il proprio profilo di rischio cardiovascolare (r.c.v.). Individuare precocemente i fattori di rischio cardiovascolare (f.d.r.c.v.) consente di selezionare la popolazione che può beneficiare di interventi di prevenzione primaria e, qualora risulti appartenere ad una fascia ad alto rischio, di essere avviata a screening per l'identificazione della DVSA.

L'identificazione e il trattamento dei soggetti ad alto rischio cardiovascolare rientra tra i compiti della Medicina Generale, assieme agli interventi di prevenzione primaria e trattamento della cardiopatia ischemica e della ipertensione arteriosa, che rappresentano l'eziologia del 60% circa dei casi di disfunzione ventricolare sinistra. Sarà opportuno, in tal senso e per supportare l'opera del MMG, che vengano effettuate campagne di sensibilizzazione alla prevenzione e diagnosi precoce, che informino il paziente e lo spingano a rivolgersi al proprio medico curante che valuterà per l'inserimento nel programma di screening previsto in base alla tipologia di rischio che il paziente presenta.

Paziente ad alto rischio di sviluppare scompenso cardiaco (STADIO A)

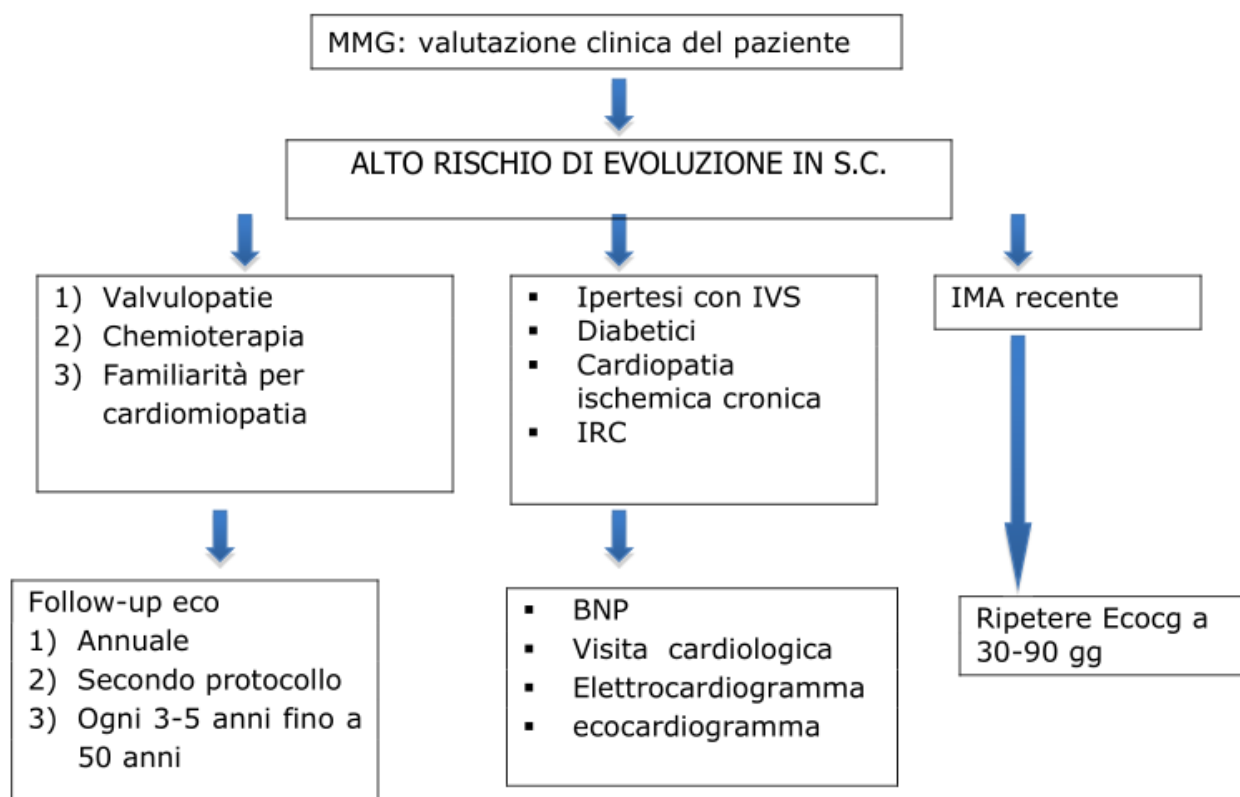
Le seguenti condizioni costituiscono tra le più frequenti (ma non esclusive) cause a rischio di evoluzione verso la disfunzione ventricolare sinistra:

- cardiopatia ipertensiva;
- cardiopatia ischemica, (pregresso IMA o procedure di rivascolarizzazione);
- diabete mellito;
- pazienti con IRC;
- valvulopatie;
- cardiopatie congenite;
- storia familiare di cardiomiopatie primitive;
- terapie cardiotossiche (alcune chemioterapie, vedi il trastuzumab, antidepressivi maggiori, altri farmaci).

La loro individuazione comporterà l'adozione di procedure diagnostiche e terapeutiche adeguate, con interventi diagnostici di screening della DVSA e di prevenzione di ulteriore evoluzione: - esecuzione di visita cardiologica, elettrocardiogramma, ecocardiogramma; - prelievo per BNP o NT-proBNP.

Si schematizzano le condizioni di rischio secondo un percorso specifico (flow chart)

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E DAY SERVICE



Il riscontro ecocardiografico di alterazioni della funzione diastolica, alterazioni della geometria VS, disfunzioni valvolari in presenza di frazione di eiezione VS conservata ($FE > 50\%$) identifica i soggetti in STADIO A per i quali è necessario un accurato trattamento dei fattori di rischio, un inquadramento clinico e un follow-up cardiologico per monitorare la progressione verso la disfunzione sistolica del VS e l'insorgenza di scompenso cardiaco conclamato.

In caso di riscontro di disfunzione VS deve essere attivato il DS presso l'ambulatorio scompenso.

Soggetti in Stadio C

In questo contesto bisogna distinguere diverse condizioni:

1. il paziente che venga dimesso dopo un episodio di scompenso cardiaco (acuto all'esordio o cronico instabilizzato);
2. il paziente con scompenso cronico stabile in II e III classe NYHA ;
3. il paziente anziano complesso.

La gestione di questi soggetti è il paradigma di un intervento integrato: il paziente sarà sempre seguito, in stretta collaborazione e con stretto interscambio di dati, dallo Specialista dell'ambulatorio dedicato e dal MMG con un programma di controlli periodici, integrati e complementari e con frequenza adeguata alla gravità del caso: la prescrizione degli esami ritenuti necessari potrà essere effettuata anche dal MMG, per il monitoraggio delle condizioni del paziente e per ogni eventuali ulteriore indagine ritenuta necessaria.

Nel corso del ricovero di paziente scompensato di cui al punto **1.** saranno eseguite tutte le indagini opportune al fine di definire la patologia cardiaca, l'eventuale causa di

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E DAY SERVICE

PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T

instabilizzazione, il suo trattamento, l'eventuale presenza di comorbidità. Alla dimissione, data ampia informazione al MMG delle condizioni cliniche del paziente, sarà programmato il DS per follow-up presso l'ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco.

Il paziente con scompenso cronico di cui al punto **2.** in fase di stabilità è comunque riaffidato al MMG che deve identificare eventuali condizioni di incipiente instabilizzazione e provvedere al loro trattamento o qualora lo ritenesse necessario, avviare rapidamente il paziente a controllo specialistico presso l'ambulatorio di riferimento. Per questi pazienti viene richiesto un DS di follow up all'anno.

Il paziente anziano complesso di cui al punto **3.** con polipatologia e politerapia, il cui quadro clinico generale sia caratterizzato da embricazione ed overlap di sindromi cliniche di varia genesi richiede interventi necessariamente interdisciplinari e coordinati tra diversi Specialisti.

Il Day service dedicato, collocato in tale contesto, consente valutazioni funzionali multidisciplinari a sostegno della problematica cardiologica, se preminente, o di dirimere situazioni cliniche complesse che possono slatentizzarsi e precipitare quindi in quadri di scompenso cardiaco. Analogamente al punto precedente, alla dimissione, il paziente sarà riaffidato al MMG per ulteriore sorveglianza e precoce trattamento delle complicanze che dovessero insorgere.

MONITORAGGIO DEL PDTA e DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Per una corretta ed appropriata attuazione del PDTA, è necessario definire indicatori per la valutazione dei risultati (monitoraggio) ed informatizzare il percorso.

Al fine di valutare la qualità dell'assistenza fornita e la rispondenza agli standard definiti dalle linee-guida EBM, è fondamentale individuare indicatori di processo e di esito atti a misurare il raggiungimento degli obiettivi fissati.

In particolare, la misura degli indicatori di processo consente il controllo delle attività delle strutture cardiologiche e quindi, in ultima analisi, di valutare la capacità di un'organizzazione. Gli indicatori di esito o outcome permettono invece di verificare se ed in quale misura l'insieme dei risultati ottenuti abbia prodotto il raggiungimento degli obiettivi fissati. Si elencano alcuni indicatori e gli standard di riferimento da utilizzare per valutare l'andamento del percorso da considerare ai fini del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva/erogativa delle prestazioni ambulatoriali e della valutazione annuale dei direttori generali delle Aziende, garanti della corretta, efficiente ed efficace attuazione del PDTA, sulla base delle procedure e dei flussi informativi regionali:

INDICATORI DI STRUTTURA:

ambulatori ospedalieri/territoriali dedicati, con personale dedicato, presso Potenza (Azienda Ospedaliera San Carlo/Azienda Sanitaria di Potenza-ASP), Villa d'Agri, Melfi, Lagonegro; Matera (Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie/Azienda Sanitaria di Matera-ASM), Policoro, con dotazione minima di personale e strumentazione come previsto al punto precedente (ambulatorio scompenso).

INDICATORI DI PROCESSO

- % pazienti con f.d.r.c.v. ed esecuzione di ecocardiogramma (vedi flow-chart)
- % pazienti dimessi da UO ospedaliera con diagnosi scompenso cardiaco e avviati agli ambulatori dedicati (target = 100%)
- % pazienti con SC che eseguono BNP/pro-BNP (peptidi natriuretici) (target 100%)

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E DAY SERVICE PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

- % pazienti con disfunzione VS e BNP elevato che eseguono DS
- % pazienti con SC che assumono Aceinibitori (target + 20% rispetto all'attuale)
- % pazienti con SC che assumo BB (target + 20% rispetto all'attuale)
- % pazienti in terapia ottimizzata (BB+acein+spironolattone e FC uguale o inferiore a 70bpm) (target + 50% rispetto all'attuale)
- % pazienti con SC e fibrillazione atriale che sono in TAO
- % pazienti con cardiopatia ischemica e severa disfunzione VS (FE= o < 35%) che impiantano un ICD (target + 30% rispetto all'attuale)

INDICATORI INTERMEDI

- visite di controllo presso il medico curante (target: mensile per lo stadio C con ricoveri multipli o molteplici comorbidità, trimestrali per pazienti stabili)
- visite di controllo presso gli ambulatori dedicati (almeno semestrali)
- numero di prelievi/anno per funzionalità renale, emocromo, BNP (almeno 2)
- numero pazienti che ricevono materiale informativo sullo stile di vita e sulla patologia*

INDICATORI DI ESITO

- riduzione n.ro di ricoveri ripetuti per paziente rispetto all'anno precedente l'arruolamento nel programma
- aumento del n.ro di pazienti con SC che vengono seguiti dal MMG
- aumento dei pazienti con SC avanzato/complessi seguiti in ADI
- aumento dei pazienti riferiti all'USD scompenso del S. Carlo per trattamento chirurgico

* auspicabile la produzione di un "manuale" unico regionale.

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E DAY SERVICE PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

P001: PACC SCOMPENSO Discipline di riferimento: Cardiologia, geriatria, medicina interna, pneumologia

Tipologia dei pazienti: i pazienti eleggibili al DS* secondo il modello dei PAC, sono tutti i pazienti con scompenso cardiaco noto in tutte le sue fasi, incluso lo scompenso cardiaco dell'anziano complesso.

L'accesso al PACC si prenota tramite CUP mediante ricettario regionale con l'indicazione del relativo codice, in tal caso verrà bloccata la data per la visita cardiologica. La SC, sulla base delle necessità cliniche del paziente ed evitando inutili ripetizioni di indagini precedentemente eseguite i cui risultati risultano ancora validi, definisce il programma diagnostico selezionando gli esami ritenuti utili. Per configurarsi il PACC, devono essere erogate almeno 5 prestazioni tra quelle sotto indicate (le analisi cliniche, indipendentemente dal loro numero, vengono conteggiate come una singola prestazione). Nel PACC non possono rientrare prestazioni non comprese nell'elenco sottostante e si può attivare non più di due volte all'anno. Qualora la SC ritenga necessario un ulteriore approfondimento diagnostico, le prestazioni non comprese nel seguente pacchetto dovranno essere prescritte su ricettario regionale ed erogate in regime ambulatoriale.

Per i pazienti in stadio D il DS potrà essere organizzato dal medico che ha in carico il paziente (NOTA: con questa dizione si intende indicare l'eventuale specialista dell'ADI che potrebbe non essere dell'ambulatorio scompenso, anticipando l'evoluzione dell'organizzazione del territorio).

Codice	Prestazione
89.7	VISITA CARDIOLOGICA
89.7	VISITA GERIATRICA, INTERNISTICA, PNEUMOLOGICA
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI, STORIA E VALUTAZIONE ABBREVIATA, VISITA SUCCESSIVA ALLA PRIMA
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
89.39.8	BIOIMPEDENZA (I)
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO
89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO
89.44.2	TEST DEL CAMMINO
89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO - VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA D'EQUIPE
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.2	COLESTEROLO LDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE E DAY SERVICE PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	--	--

90.21.1	FARMACI DIGITALICI
90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
90.22.5	FERRO [S]
90.24.5	FOSFORO
90.25.5	GAMMAGLUTAMILTRANSPEPTIDASI (gammaGT)[S/U]
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
90.37.4	POTASSIO[S/U/dU/(Sg)Er]
90.38.5	PROTEINE[S/U/Du/La]
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S], INCLUSO DOSAGGIO PROTEINE TOTALI
90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
90.42.5	TRANSFERRINA [S]
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
90.62.2	EMOCROMO:Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

(I: prestazione regionale)

OBIETTIVI:

- ❖ Uniformare la gestione dello scompenso cardiaco in P.S. dando a tutti gli operatori uno strumento d'indirizzo a cui attingere senza vincoli obbligatori
- ❖ Definire i compiti delle varie figure professionali (infermieri, medici, consulenti) che intervengono nella gestione dello scompenso
- ❖ -Ottimizzare l'utilizzo delle risorse specialistiche
- ❖ -Razionalizzare l'utilizzo delle risorse di strumentali e di laboratorio anche per un contenimento dei costi
- ❖ Identificare i pazienti con scompenso che possono essere dimessi, gestiti in Osservazione Breve, ricoverati in ambiente internistico (Medicina-Geriatria), cardiologico

DEFINIZIONE-EPIDEMIOLOGIA-EZIOLOGIA

lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica complessa dovuta a malattie strutturali o funzionali, in conseguenza delle quali il cuore non riesce a far fronte alle necessità metaboliche dell'organismo, con presentazioni cliniche e variabili e sistemi di classificazione che si sovrappongono. Lo **scompenso sistolico** è uno stato caratterizzato dalla insufficienza della contrattilità cardiaca del ventricolo sinistro, tipicamente definita come una frazione d'eiezione (F.E) inferiore al 40%.

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

Nello **scompenso diastolico**, la frazione d'eiezione (FE) del ventricolo sinistro è normale o superiore alla norma ma il rilassamento miocardico è insufficiente e ciò impedisce il riempimento appropriato del ventricolo

Lo scompenso cardiaco sta diventando una delle patologie prevalenti e ci aspetta che la sua incidenza continui ad aumentare per i seguenti fattori

- ❖ invecchiamento della popolazione
- ❖ -riduzione della mortalità per eventi acuti cardiovascolari, in particolare per l'IMA
- ❖ -efficacia del trattamento per malattie cardiovascolari croniche

In America del Nord compaiono ogni anno circa 550.000 casi nuovi e alcuni dati dicono che negli ultimi anni il numero di scompenso sono aumentati. I dati italiani sono meno puntuali ma si stima che la prevalenza dei casi sintomatici e asintomatici di insufficienza cardiaca possa aggirarsi attorno ai 3.000.000

Lo studio TEMISTOCLE ha evidenziato che il 45% dei pazienti con insufficienza cardiaca ritorna in ospedale almeno una volta entro sei mesi dalla dimissione e il 40% delle riospedalizzazioni sono causate da problemi di compliance che potrebbero essere gestite ambulatorialmente.

Butler e altri hanno stimato che il 52% delle ospedalizzazioni era di considerare a basso rischio e quindi evitabile con una appropriata gestione del paziente e una buona gestione sanitaria assistenziale.

In base alla classificazione dello scompenso secondo ACC/AHA(stadio A.B.C.D) è ipotizzabile che in Basilicata i pazienti classificati nei quattro stadi possano essere:

- A: 150.000
- B: 25.000
- C: 12.500
- D: 400

Le linee guida regionali per la gestione dello scompenso cardiaco prevede una stretta collaborazione fra MMG, Cardiologi, Internisti, Geriatri, Pneumologi, Nefrologi al fine di ridurre il ricorso all'ospedale.

E' noto che il 40% dei pazienti che si presentano nei Pronto Soccorsi bypassano i medici curante per cui si ritiene importante il ruolo svolto dai medici dei P.S. nel gestire gli accessi in ospedale di quei pazienti che potrebbero essere gestiti ambulatorialmente.

CAUSE DI SCOMPENSO CARDIACO

- Cardiopatia ischemica
- Ipertensione
- Malattie valvolari
- Cardiomiopatie dilatative
 - Idiopatica
 - Alcolica
 - Tossica(farmaci)
 - Ipertrofica ostruttiva
 - Postpartum
 - Indotta da tachicardia
- Cardiomiopatie restrittive
 - Amiloidosi
 - Sarcoidosi
 - Emocromatosi
- Cardiopatie congenite
- Malattie pericardiche
- Stati ipercinetici

- Anemia
- Fistole arterovenose
- Ipertiroidismo
- Beri-Beri

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Secondo la Task Force dello scompenso della Società Europea di Cardiologia (2001) è necessario che siano presenti i criteri 1 e 2 per fare diagnosi di scompenso

- 1) Sintomi di scompenso cardiaco a riposo e durante sforzo
- 2) Segni obbiettivi di disfunzione cardiaca a riposo
- 3) risposta alla terapia adeguata in caso di diagnosi dubbia

Sintomi a riposo o durante sforzo

- ❖ Cardiopalmo
- ❖ Dispnea a riposo e da sforzo
- ❖ Ortopnea
- ❖ Dispnea parossistica notturna
- ❖ Oliguria ❖ Nicturia
- ❖ Astenia e facile affaticabilità

Segni obbiettivi

- ❖ Cute fredda e pallida
- ❖ Aumento della perspiratio insensibilis
- ❖ Tachicardia
- ❖ Ritmo di galoppo
- ❖ Rantoli alle basi polmonari
- ❖ Epatomegalia
- ❖ Edemi declivi
- ❖ Turgore delle giugulari versamento pleurico e ascite nelle fasi più avanzate

La classificazione dell'**ACC/AHA** prevede 4 stadi della malattia

STADIO A: Pazienti ad alto rischio di sviluppare lo scompenso ma che non hanno disordini strutturali del cuore

STADIO B: Pazienti con malattia strutturale del cuore ma che non ha mai sviluppato sintomi di scompenso congestizio

STADIO C: Pazienti con pregressi o presenti sintomi di scompenso congestizio associato a malattia strutturale del cuore

STADIO D: Pazienti con malattia allo stadio terminale che richiedono trattamento specializzato come supporto meccanico alla circolazione, infusione continua di isotropi, trapianto o HOSPICE CARE

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

Questa classificazione è complementare alla classificazione **NYHA** che è usata per quantificare i limiti funzionali

Classe I	Nessun limite: la normale attività fisica non causa fatica, dispnea o cardiopalmo
Classe II	Lieve limitazione: nessun problema a riposo ma la normale attività fisica causa fatica, dispnea cardiopalmo
Classe III	Marcata limitazione: nessun problema ma anche una attività fisica inferiore alla norma causa fatica, dispnea, o cardiopalmo
Classe IV	Impossibilità di svolgere qualsiasi attività fisica senza sintomi, presenti anche a riposo e che peggiorano per la minima attività

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

RUOLO DEL 118 NELLO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

TRATTAMENTO DELLO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO NELL'AMBULANZA MEDICALIZZATA.

Il trattamento non deve essere ritardato ma immediato, iniziato a casa del paziente e continuato durante tutto il suo trasporto in ospedale.

- ❖ L'infermiere a casa del paziente rileva i parametri vitali (PA, SATURAZIONE, F.C. F.R. TEMPERATURA) eroga ossigeno, prende un accesso venoso, posiziona un catetere vescicale se il tragitto da compiere supera i 20 minuti;
- ❖ Il medico visita il paziente, chiede informazioni sanitarie ai familiari, la terapia che assume, monitorizza e comincia la terapia.
- ❖ Il paziente viene messo in ambulanza, rivalutato e trasportato in posizione seduta per diminuire il ritorno venoso al cuore destro ed aumentare la capacità polmonare totale, la capacità vitale e diminuire il lavoro respiratorio.
- ❖ Il medico siede lateralmente o alla testa del paziente monitorizzato e lo valuta, in assenza di complicanze, ogni 15-20 minuti se la distanza è lunga.
- ❖ L'Infermiere siede vicino al paziente rilevando i parametri vitali.
- ❖ L'autista segue le disposizioni del medico riguardo l'andatura del mezzo in base sia alla criticità del paziente che alle sue esigenze.

TRATTAMENTO DELLO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO NELL' AMBULANZA SENZA MEDICO.

- ❖ L'infermiere a casa del paziente rileva i parametri vitali (PA, SATURAZIONE, F.C. F.R. Temperatura) eroga ossigeno, prende un accesso venoso, posiziona un catetere vescicale se il tragitto da compiere supera i 20 minuti, chiede informazioni sanitari ai familiari e la terapia che assume. Se i parametri vitali sono stabili (PAS>100, F.C. <100, SATURAZIONE >90) e le condizioni del paziente non sono critiche (il paziente non è agitato né sudato) l'India lo accompagna al DEA più vicino
- ❖ Il paziente quindi viene messo nell' ambulanza non medicalizzata e trasportato in posizione seduta con ossigeno.
- ❖ L'infermiere siede accanto al paziente e rileva e registra i parametri vitali
- ❖ L'autista segue le disposizioni dell'infermiere riguardo l'andatura del mezzo in base sia alla criticità del paziente che alle sue esigenze.
- ❖ Se le condizioni del paziente sono critiche (PAS <100, F.C.>100, SATURAZIONE <90, SUDATO E AGITATO), l'infermiere chiama la **CENTRALE OPERATIVA (C.O)** e chiede l'intervento della MIKE (ambulanza col medico).
- ❖ Molto spesso la MIKE raggiunge il paziente a domicilio e lo prende in consegna con la sua equipe.
- ❖ Quando la distanza è molto lunga e le condizioni del paziente sono critiche la **C.O.** decide per un "rendez-vous".
- ❖ Le due ambulanze si incontrano per strada (rendez-vous), il paziente passa nell'ambulanza medicalizzata, l'infermiere dell'India consegna la scheda Sanitaria di colore giallo/rosso con i dati del paziente e i parametri rilevati, riferisce l'anamnesi del paziente raccolta dai familiari, la terapia che assume e consegna eventuale documentazione sanitaria.

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

- ❖ Nella Mike il medico visita il paziente, l'infermiere rivaluta i parametri vitali e si procede con la terapia farmacologica. Il trattamento intensivo pre – ospedaliero dei pazienti con scompenso cardiaco grave nelle ambulanze medicalizzate del 118 conferisce benefici a breve e a lungo termine dei pazienti, prevenendo serie complicanze (aritmie maligne e arresto cardiaco pre -ospedaliero) migliorando la sopravvivenza.

Obiettivi della terapia: aumentare l'ossigenazione tissutale, ridurre la congestione polmonare ed eventualmente aumentare la contrattilità miocardica. Ossigenoterapia, pulsossimetria, accesso venoso, monitoraggio cardiaco continuo nello scompenso cardiaco acuto devono essere usate di routine in tutti i pazienti; se la distanza supera i 20 minuti posizionare un catetere vescicale.

Se la **PAS >100 mmHg con PAD normale o PAD >110 mmHg**

- ❖ Nitroglicerina 0.4 mg.s.l. ripetibile se necessario ogni 5 minuti per 4 volte o Nitroglicerina e.v. 10-20 microg/min fino ad ottenere l'effetto desiderato.
- ❖ Furosemide 2-4 fl 20 mg. e.v. in bolo.
- ❖ Morfina, per dominare in qualche minuto l'intensa dispnea e l'angosciata sensazione di soffocamento, 1-2 mg. e.v. in 1-2 min. ripetibili ogni 5 minuti fino ad ottenere l'effetto desiderato (dosaggio massimo totale 10 mg.) o 5 mg. nel deltoide se l'accesso venoso sia difficoltoso. Controindicata se la PAS<100 mmHg.
- ❖ CPAP (ventilazione a pressione positiva continua) in paziente cosciente. In numerosi studi ha dimostrato di poter ridurre il ricorso all'intubazione.
- ❖ Se la **PAS <100 mmHg**
- ❖ Dopamina e.v. 5-20 microg/Kg/min. per aumentare la pressione arteriosa sistolica e Noradrenalina e.v. 0.5-30 microg/min.
- ❖ Intubazione e ventilazione nei pazienti che non rispondono rapidamente alla terapia con persistente ipotensione arteriosa, ipossiemia o ipercapnia.

TRATTAMENTO DELLO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO NON CARDIOGENO.

- trattamento della patologia di base (overdose di eroina, inalazioni di gas tossici etc .)
- terapia di supporto per aumentare l'ossigenazione tissutale e mantenere un'adeguata funzione emodinamica.

Durante il trasporto il personale pre -ospedaliero contatta, tramite la C.O. lo staff. del DEA. Giunti nel DEA l'approccio al paziente con scompenso cardiaco acuto inizia con la stabilizzazione dello stato respiratorio ed emodinamica.

VALUTAZIONE NEL DEA

La valutazione clinica inizia con:

- ❖ somministrazione di O₂
- ❖ monitoraggio cardiaco
- ❖ rilievo dei parametri vitali (PA, FC, FR, SpO₂) e monitoraggio della pulsossimetria ❖ accesso venoso
- ❖ ECG
- ❖ identificazione della causa dello scompenso (Anamnesi, Esame Obiettivo*)

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

*La pressione differenziale proporzionale (PDP)-cioè la pressione differenziale (sistolica meno diastolica) diviso la pressione sistolica-fornisce una stima approssimativa della funzionalità del ventricolo sinistro; una PDP inferiore al 25% si correla con una gittata inferiore ai 2,2 litri/minuto/m²

ESAMI diagnostici da richiedere nel DEA ESAMI EMATICI:

Routine completa fondamentale: emocromo con dosaggio **Hb**; esami di **funzionalità renale, bilancio liquidi ed elettrolitico, marcatori di necrosi cardiaca** se si considera la SCA come scatenante lo scompenso.

La **TROPONINA** può essere positiva del 25-33% degli scompensi cronici senza indicare, una necrosi. Può aiutare ad identificare i pazienti con una prognosi sfavorevole.

DIGOSSINEMIA se il paziente è in trattamento con digitale.

PT, PTT, FIBRINOGENO se il paziente è in trattamento con anticoagulanti

BNP: di tutti gli esami disponibili per determinare la presenza di uno scompenso acuto, il BNP, può essere il miglior esame eseguito a letto del paziente. E' molto sensibile e specifico indica una diagnosi di scompenso cardiaco con una accuratezza del 91% Come considerare i diversi valori?

- ❖ -<100 valore predittivo per assenza di scompenso
- ❖ -Tra 100 e 400 disfunzione Ventricolo Sinistro senza acuzie il paziente dopo un periodo di osservazione(12-24h) e trattamento può essere dimesso
- ❖ -Tra 400 e 1000 ricovero in medicina d'urgenza, medicina, geriatria ❖ ->1000 ricovero in cardiologia

(Necessario valutare metodi del nostro laboratorio e valori di riferimento!!!!)

Raccomandazione 1: E' consigliabile eseguire il dosaggio di BNP/NT-proBNP per escludere la diagnosi di scompenso cardiaco in pazienti con diagnosi sospetta, ma con segni e sintomi di presentazione ambigui o che possono essere confusi con altre patologie (come la broncopneumopatia cronica ostruttiva)

Categoria di evidenza: Classe I, Livello di evidenza: tipo B.

Raccomandazione 2: E' consigliabile eseguire il dosaggio di BNP/NT-proBNP per confermare la diagnosi di scompenso cardiaco in pazienti con diagnosi sospetta, ma con segni e sintomi di presentazione ambigui o che possono essere confusi con altre patologie (come la broncopneumopatia cronica ostruttiva)

Categoria di evidenza: Classe IIa, Livello di evidenza: tipo B.

Raccomandazione 3: Il dosaggio di BNP o NT-proBNP è complementare alla valutazione clinica e strumentale del paziente scompensato, che non sostituisce.

Categoria di evidenza: Classe I, Livello di evidenza: tipo C.

Raccomandazione 4: Il dosaggio routinario di BNP o NT-proBNP per pazienti con ovvia diagnosi clinica di scompenso cardiaco non è necessario.

Categoria di evidenza: Classe I, Livello di evidenza: tipo C.

Raccomandazione 5: Il dosaggio routinario di BNP o NT-proBNP non è appropriato per lo screening di una disfunzione ventricolare sinistra in popolazioni asintomatiche.

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

Categoria di evidenza: Classe I, Livello di evidenza: tipo C.

Raccomandazione 6: Le concentrazioni plasmatiche di BNP ed NT-proBNP possono fornire un valido aiuto nella valutazione clinica di pazienti con SCC in situazioni selezionate, quando è richiesta la stratificazione del rischio.

Categoria di evidenza: Classe I, Livello di evidenza: tipo B

Raccomandazione 7: Il dosaggio routinario di BNP o NT-proBNP non è indicato al fine di assumere decisioni terapeutiche in pazienti con scompenso cardiaco acuto o cronico.

Categoria di evidenza: Classe IIb, Livello di evidenza: tipo B

EMOGASANALISI ARTERIOSA: solo se sospetto di ipossia e acidosi **ECG:** utile confronti con precedenti.

IMPORTANTE !!!: un ECG completamente normale è una rilevante evidenza contro la presenza di una disfunzione ventricolare sinistra e perciò dovrebbe indurre a considerare diagnosi alternative

RADIOGRAFIA DEL TORACE: congiuntamente alla valutazione clinica ha una sensibilità del 92% e specificità del 91% nel rilevare una disfunzione del ventricolo sinistro (se non disponibile immediatamente, deve essere acquisita appena possibile, comunque entro 6 ore) o ad identificare cause alternative o precipitanti

REPERTI:

- ❖ ridistribuzione degli apici
- ❖ -congestione degli ili
- ❖ -edema polmonare o interstiziale
- ❖ -versamenti pleurici bilaterali o più frequentemente a dx

IMPORTANTE: Se un'anamnesi e un esame clinico non sono suggestivi e se la radiografia e l'ECG sono normali, lo scompenso cardiaco è improponibile

ECOCARDIOGRAMMA L'ecocardiografia è d'aiuto nella diagnosi o nell'esclusione d'eziologie potenzialmente reversibili dello scompenso acuto come un tamponamento cardiaco, un'embolia polmonare massiva, la rottura di una corda tendinea o la rottura del setto ventricolare. Le linee guida ACC/AHA raccomandano un'ecocardiografia transtoracica non appena possibile, dopo un'iniziale stabilizzazione, per tutti i pazienti che si presentino con un edema polmonare acuto, purchè non sussistano evidenti fattori precipitanti e le condizioni cardiache del paziente siano state adeguatamente valutate in precedenza. **Un ecocardiogramma deve essere eseguito in tutti i pazienti al primo episodio di scompenso cardiaco o con fondato sospetto di scompenso cardiaco. La richiesta di ecocardiogramma deve essere sempre motivata ("per sospetto Scompenso Cardiaco") e la refertazione deve sempre essere pertinente ("conferma o meno di CARDIOPATIA")**

Nel P.S. l'ecocardiogramma deve essere richiesto solo per quei pazienti per i quali è possibile, dopo un periodo adeguato di osservazione e trattamento, la dimissione

INDICAZIONI AL RICOVERO

L'AHCPR ha stabilito dei criteri per il ricovero ospedaliero con scompenso cardiaco anche se questi criteri non sono stati in grado di identificare più di un terzo dei pazienti che sono deceduti nei successivi 30 giorni

- ❖ -SCA
- ❖ Edema polmonare acuto/di stress respiratorio severo

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

- ❖ -Ipossia (saturazione < 90%)
- ❖ -Anasarca
- ❖ -Patologie mediche complicanti severe
- ❖ -Ipotensione sintomatica
- ❖ Sincope
- ❖ -Aritmie maggiori
- ❖ -Emergenza ipertensiva
- ❖ -IRC in dialisi
- ❖ -Iponatremia
- ❖ -Temperatura corporea > 38.5
- ❖ -Scompenso cardiaco refrattario al trattamento extraospedaliero
- ❖ -Ambiente sociale di sostegno insufficiente per un trattamento domiciliare sicuro

QUALI PAZIENTI TENERE IN OSSERVAZIONE BREVE. PER QUANTO TEMPO

- ❖ **Scompenso cardiaco di nuova insorgenza:** pazienti a bassa classe funzionale (NYHA 1-2) al fine di escludere instabilità cliniche (es angina instabile) e completare le procedure diagnostiche. Questi pazienti devono successivamente essere presi in carico dall'ambulatorio cardiologico.
- ❖ **Riacutizzazione di scompenso cronico:** trattamento di 12- 24 h **Parametri indicativi di buona risposta che potrebbero permettere la dimissione domiciliare**

- ❖ -miglioramento soggettivo
- ❖ -parametri stabili o in miglioramento
- ❖ -Fc<100 e PAS>90
- ❖ -Saturazione in aria >90%
- ❖ -Volume urinario non inferiore a 30ml/h
- ❖ -Assenza di modificazioni elettrocardiografiche
- ❖ -eventuale assenza di movimento dei markers di necrosi miocardica

Le linee guida ACC/AHA enunciano che in assenza di criteri specifici i pazienti con sintomi moderati o lievi o che hanno evidenziato una buona risposta al trattamento non necessitano di ricovero.

Il 5% di questi pazienti a basso rischio sono associati a eventi cardiovascolari maggiori fatali per cui anche per i pazienti a basso rischio si richiede che il giudizio clinico sia parte integrante del processo decisionale.

Se non vi sono segni di miglioramento entro 6 ore è indicato il ricovero Durante l'osservazione devono essere monitorizzati:

- ❖ parametri vitali ogni 2 ore nelle prime 6 ore poi ogni 4 ore
- ❖ -diuresi oraria nelle prime 8 ore poi in base al quadro clinico
- ❖ -dopo 8 ore dall'accesso in osservazione ECG, Elettroliti, Marcatori Cardiospecifici

CRITERI PER LA DIMISSIONE -Per i pazienti al primo episodio di scompenso e di bassa classe funzionale -Per pazienti con riacutizzazione di uno scompenso cronico

- ❖ vengono presi in carico dall'ambulatorio cardiologico/internistico
- ❖ . completo controllo della sintomatologia

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

- ❖ -organizzazione di un supporto di tipo medico adeguato a domicilio (necessità di coinvolgere il medico curante)
- ❖ -adeguate informazioni sulla patologia al paziente e ai familiari (vedi modello di dimissione)
- ❖ -indicazione alla valutazione presso il medico curante entro 48 ore dalla dimissione
- ❖ -successivamente il paziente deve essere valutato presso l'ambulatorio cardiologico/internistico

MODELLO D'ISTRUZIONE IN CASO DI DIMISSIONE (da: Emergency Medicine Practice Ed. Ital. Modificata)

Siete stati valutati e trattati nel DEA per i sintomi di un'insufficienza cardiaca. Le vostre condizioni sono sufficientemente migliorate o stabilizzate tanto che potete essere dimessi dal DEA e inviati a un controllo ambulatoriale. Tuttavia, la vostra insufficienza può peggiorare un'altra volta, nel qual caso voi dovete tornare al DEA

Se voi avvertite uno dei seguenti sintomi, per cortesia ritornate immediatamente nel Dipartimento Emergenza Accettazione

- *Dolore o fastidio toracico*
- *Progressiva mancanza di fiato*
- *Svenimenti o giramenti di testa*
- *Palpitazioni persistenti o irregolarità del polso*
- *Significativa riduzione della quantità d'urina*
- *Tosse persistente*
- *Febbre alta*
- *Qualsiasi nuovo , differente o grave problema*

Istruzioni per le visite di controllo

- *-Recatevi dal vostro medico entro le prossime 48 ore*
- *-Avrete bisogno di ricontrollare i seguenti esami:.....tra.....giorni.....*
- *-Potreste aver bisogno di eseguire ambulatorialmente (test ergometrico/ecocardiogramma). Questo (è stato/non è stato) discusso con il vostro medico*

FARMACI

Assumete le seguenti medicine come prescritto:

.....

.....

.....

.....

ISTRUZIONI AGGIUNTIVE

- *-Evitate cibi salati*
- *-Limitate l'introito dei liquidi secondo le istruzioni.....*
- *-Annotate quotidianamente il vostro peso corporeo da mostrare al vostro medico*
- *-Prendere contatto con l'ADI*

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

INTRODUZIONE

La produzione di L.G. costituisce una occasione di crescita collettiva: il gruppo è coinvolto nel processo in varie fasi, tutte finalizzate alla massima condivisione dei contenuti per ottenere un cambiamento consapevole ed una uniformità dei comportamenti di ciascuno

In **Emergenza**, dove l'attività è condizionata da scarso tempo disponibile, in situazioni spesso confuse e dominate da elevati livelli di tensione, non è possibile raggiungere il massimo di efficienza senza percorsi predeterminati. E' pertanto fondamentale possedere sia percorsi clinico assistenziali condivisi tra le UU.OO. coinvolte nella gestione di una determinata patologia, sia percorsi gestionali che riguardino il destino del paziente una volta posto un sospetto diagnostico meritevole di ricovero.

In seguito alla ampia e approfondita discussione tra le Unità Operative del Dipartimento Medico, l'UO di Cardiologia ed il Pronto Soccorso si è condiviso il nuovo percorso sulla gestione dei ricoveri in regime di urgenza nelle suddette UU.OO.; allo stato attuale si è giunti ad una seconda revisione sia a seguito di valutazione critica di quello in vigore, sia per il nuovo assetto logistico dell'area medica.

FINALITA'

Il protocollo riguarda la gestione dei pz ricoverati in regime di urgenza nel Dipartimento di Medicina ed in Cardiologia e si prefigge di:

1. Definire un comportamento uniforme da assumere a seconda delle situazioni
2. Garantire un'appropriatezza dei ricoveri in urgenza, per acuti
3. Stabilire la modalità di ricovero dei pz extralocati in caso di mancanza dei posti letto
4. Uniformare i comportamenti

OBIETTIVI GENERALI

Di seguito vengono brevemente descritti gli obiettivi che il gruppo si prefigge di perseguire:

1. Ottimizzare il setting assistenziale garantendo una pronta risposta alle urgenze
2. Migliorare l'outcome dei pz al fine di ridurre mortalità e morbidità
3. Ottimizzare i rapporti tra le varie figure professionali
4. Evitare lunga permanenza di situazioni già definite in PS sia per decongestionare un'area deputata all'emergenza, sia per ridurre al minimo i rischi che inevitabilmente ne derivano
5. Presa in carico da parte del reparto competente per patologia
6. Miglioramento dei rapporti tra pronto soccorso ed UU.OO. e tra le stesse UU.OO.
7. Migliorare la qualità percepita
8. Aumentare la soddisfazione per gli operatori
9. **Ottimizzare e razionalizzare le risorse umane e tecnologiche in possesso**

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

CAMPO di applicazione

Il presente percorso coinvolge il Pronto Soccorso, il Dipartimento di Medicina e l'UO di Cardiologia

RIFERIMENTI

Normativa vigente

- Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private recepito con DGR n. 2753/2005 e con la presa d'atto del parere della IV commissione regionale da parte della giunta con delibera n. 483 del 3-4-2006.

DEFINIZIONI E SIGLE

aa: **anni**

OBI: **Osservazione Breve Intensiva**

PROTOCOLLO: è un documento formale che rappresenta la descrizione di un percorso. Contiene l'eventuale normativa di riferimento, individua le fasi del percorso e gli attori coinvolti. **PS:** Pronto Soccorso

QUALITÀ PERCEPITA: è intesa come scarto fra osservato ed atteso dall'operatore nel vissuto della organizzazione, dall'utente nel ricevere la prestazione

RICOVERO: **fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale.**

Struttura sanitaria che prevede esclusivamente l'ospedalizzazione diurna, nella quale si effettuano interventi chirurgici che non richiedono la degenza dei pazienti ma che non possono essere effettuati in ambulatorio.

UO: Unità Operativa

UU OO: Unità Operative

PROTOCOLLO DI INTESA E PRESA IN CARICO

- I reparti s'impegnano a garantire giornalmente per i ricoveri da PS il 10% della dotazione di ogni reparto
- Il Pronto Soccorso disporrà i ricoveri nelle varie unità operative in base a criteri di appropriatezza clinica e specificità di patologia fino all'esaurimento dei posti nei reparti
- In caso di mancanza di posti letto nel reparto di destinazione, i ricoveri saranno effettuati in qualsiasi reparto dell'area medica che ha disponibilità di posto e il ricovero sarà caricato alla UO di competenza per specificità; la stessa UO seguirà il paziente e provvederà a riassorbirlo nel suo reparto nel più breve tempo possibile.
- Nel caso di mancanza di posto in tutta l'area medica, il pz sarà extra locato in area chirurgica e il ricovero sarà caricato all'unità operativa di competenza secondo le stesse modalità di cui sopra. Il medico di pronto soccorso comunicherà al medico di reparto o di guardia del ricovero e invierà il referto del ricovero nel reparto dove è stato caricato il paziente.

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

- Per i pazienti valutati in ambulatorio (sino a definizione di percorsi interni per l'autogestione di tali ricoveri) e che necessitano di ricovero urgente il PS formalizzerà solo l'atto amministrativo a seguito di richiesta su ricettario del reparto richiedente che specifichi il nome del pz ed il motivo del ricovero; **sarà compito del medico di reparto cercare il posto letto.**
- Per le consulenze gli specialisti s'impegnano a rispondere solo ai quesiti proposti dal medico di PS e a consigliare il ricovero solo presso la propria unità operativa; **eventuali diversi suggerimenti saranno concordati telefonicamente.**
- **Richieste di ricovero ricoverati presso altre strutture (trasferimenti):** il medico del reparto, in base a criteri decisionali della propria unità operativa, dà l'eventuale disponibilità di posti dopo aver parlato con il medico di pronto soccorso circa le necessità di ricovero di pazienti presenti in PS.
- **Richieste di ricovero di pazienti da altri Pronto Soccorso:** il medico di pronto soccorso dà la disponibilità al ricovero dopo aver valutato l'appropriatezza della richiesta e essersi accertato della disponibilità di posti soprattutto nelle unità specialistiche.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA CLINICA E SPECIFICITA' DI PATOLOGIA

Si è giunti alla sottoscrizione di un elenco di patologie da ricoverare presso i reparti di competenza in quanto **specie specifiche**, anche quando i pazienti sono extra locati per mancanza di posti letto. Rimane comunque la libertà del medico di PS di ricoverare, **ove ritiene opportuno**, pz con patologie **non specie specifiche**, pertanto non comprese nell'elenco sottoscritto. Si tratta infatti di un accordo che vuole garantire il miglior setting assistenziale per tali patologie **non di un elenco che vuole individuare le patologie esclusive di accesso a determinati reparti**

MALATTIE INFETTIVE:

1. Epatopatie acute virali o sospette tali di gravità medio-severa (dal grado 3 in poi)
2. Epatopatie croniche scompensate di origine virale
3. Iperpiressie di probabile natura infettiva.
4. Sospetta polmonite da germi atipici.
5. Polmoniti da isolamento con impegno sistemico senza insufficienza respiratoria grave
6. Malattie infettive da isolamento (*TBC, meningiti, encefaliti dell'adulto etc,...*)
7. Polmoniti non complicate meritevoli di ricovero a rotazione con gli altri reparti dell'area medica
8. HCC e tumori del pancreas quando non posti in medicina e geriatria
9. Sepsì

PNEUMOLOGIA

1. Insufficienze respiratorie secondo quando stabilito dal percorso delle insufficienze respiratorie
2. Polmoniti con impegno respiratorio globale
3. Polmoniti non complicate meritevoli di ricovero a rotazione con gli altri reparti dell'area medica

NEUROLOGIA:

1. ictus ischemico <70 aa
2. emorragie intraparenchimali (con parametri vitali stabili) o tumori cerebrali non operabili <70 aa
3. tumori cerebrali non operabili < 70 aa

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

4. epilessia di nuova insorgenza
5. male epilettico responsivo ai farmaci
6. in caso di mancanza posti letto in medicina e geriatria e disponibilità posti letto in neurologia pz con > di 70 con patologie di cui ai punti 1,2 e 3 possono essere caricati alla neurologia.

NB: per il punto 6 se mancanza posti letto anche in neuro il pz va extra locato e caricato ai reparti di competenza come stabilito dal presente percorso

NEFROLOGIA

1. IRA oligo-anurica non ostruttiva
2. IRC riacutizzata oligo-anurica non ostruttiva
3. Sindrome nefrosica
4. Iperpotasseimie > 7
5. Ictus in paziente dializzato

CRT

1. Tutti i pazienti trapiantati per qualunque patologia

MEDICINA

1. Polmoniti non complicate meritevoli di ricovero a rotazione con gli altri reparti dell'area medica
2. Insufficienza renale a diuresi conservata
3. Ictus ischemici o emorragie cerebrali non chirurgiche per pz con < 70 aa quando non posti in neurologia e con > di 70 aa quando non posti in geriatria e neurologia
4. Epatiti croniche non di origine virale, o epatiti croniche di origine virale
5. Cirrosi epatiche con complicanze non chirurgiche
6. HCC
7. Pluripatologia < 70 aa.
8. Malattie rare
9. Scompenso cardiaco con BNP < 2000
10. Malattie infiammatorie croniche intestinali sino ad ev riapertura del reparto di gastroenterologia.

GERIATRIA

1. Complicanze legate a demenze (pz dementi con patologie acute di altra natura vanno ricoverati nei reparti di competenza)
2. Anziani fragili
3. Ictus ischemico e emorragie non operabili per pz con età > 70 aa,
4. Pluripatologia > 70 aa
5. Scompenso cardiaco con BNP < 2000

NB: per il punto 3 se mancanza posti letto in medicina e neurologia possono essere caricati in geriatria pz con le stesse patologie e con età < a 70 anni se disponibili posti letto. In caso di mancanza posti letto anche in geriatria il pz va extra locato e caricato ai reparti di competenza come stabilito dal presente percorso

EMATOLOGIA

1. Leucemie e loro complicanze
2. Linfomi e loro complicanze
3. Mielosi e loro complicanze

 REGIONE BASILICATA	PROTOCOLLO GESTIONE PZ. RICOVERI IN URGENZA PROGETTO GOVERNANCE INTEGRATA T-H-T PZ. CON SCOMPENSO CARDIACO	
--	---	--

4. Anemie di interesse ematologico
5. Piastrinopenie se sintomatiche dopo consulto con l'ematologo

NB: se il paziente è potenzialmente dimissibile, o per qualunque altro dubbio, prima del ricovero sarà richiesta consulenza. Rimane la libertà da parte del medico di PS di ricoverare le anemie sideropeniche, ove ritiene opportuno, anche in base alla situazione dei posti letto, in tutta l'area medica

CARDIOLOGIA-UTIC

1. Aritmie ipocinetiche
2. Scompenso cardiaco con BNP>4000 in UTIC
3. Scompenso cardiaco con 2000<BNP<4000 in cardiologia

LUNGODEGENZA

Per alcune patologie croniche è possibile inviare pazienti ai centri Spoke

- Direttamente da PS
- Come ricovero programmato a breve da PS o dai reparti
- Come trasferimento dai reparti delle UO dell'area medica e della cardiologia dopo stabilizzazione di evento acuto o per patologie croniche quando non disponibili subito posti allo Spoke

Patologie trasferibili

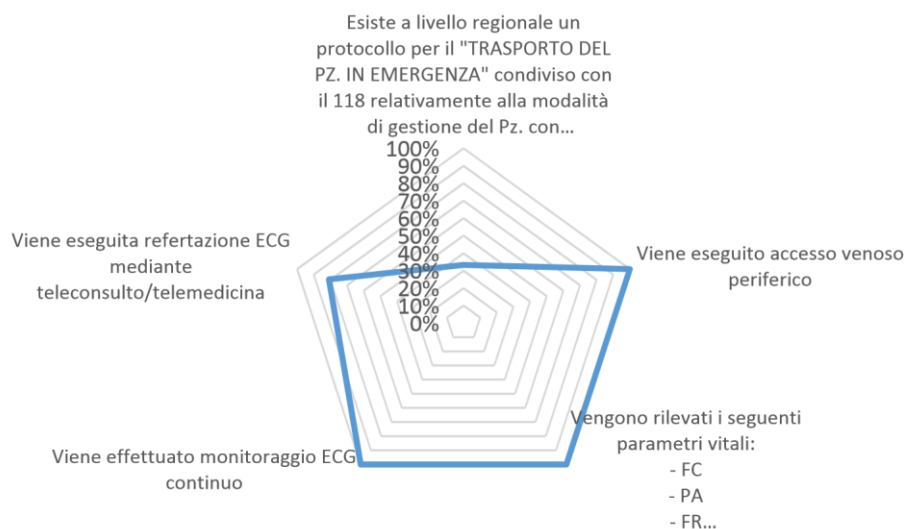
1. Crisi di astinenza
2. Etilista cronico
3. Grave obeso
4. Ulcere croniche dopo consulto da parte del chirurgo plastico (seguirà percorso di intesa)
5. Piede diabetico post-acuto
6. Altro (da concordare telefonicamente) **NB:**
 - quanto sopra va concordato telefonicamente
 - in caso di riacutizzazione di pz ricoverati presso i centri Spoke l'area medica si impegna ad accoglierli in tempi brevi previ accordi telefonici diretti tra i reparti.

ALLEGATO 7.4 RISULTANZE ASSESSMENT REGIONE BASILICATA

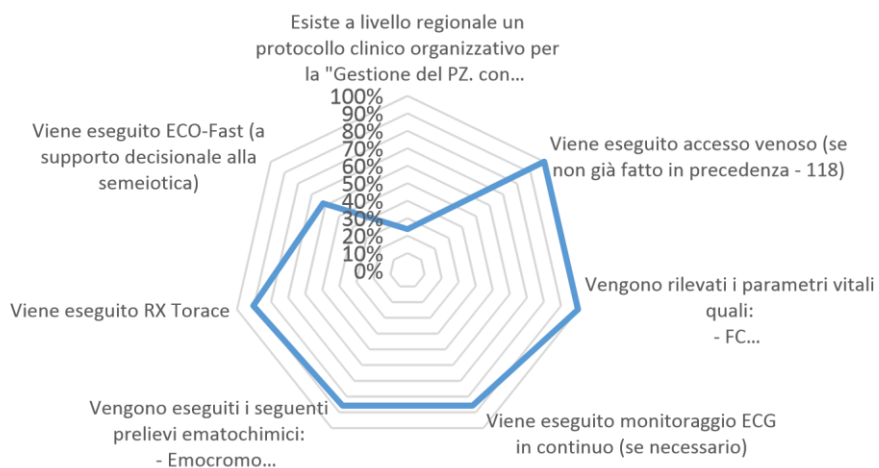
SCOMPENSO CARDIACO ACUTO:

(Lagonegro, Matera, Melfi, Policoro, Venosa, Potenza, Villa D'Agri)

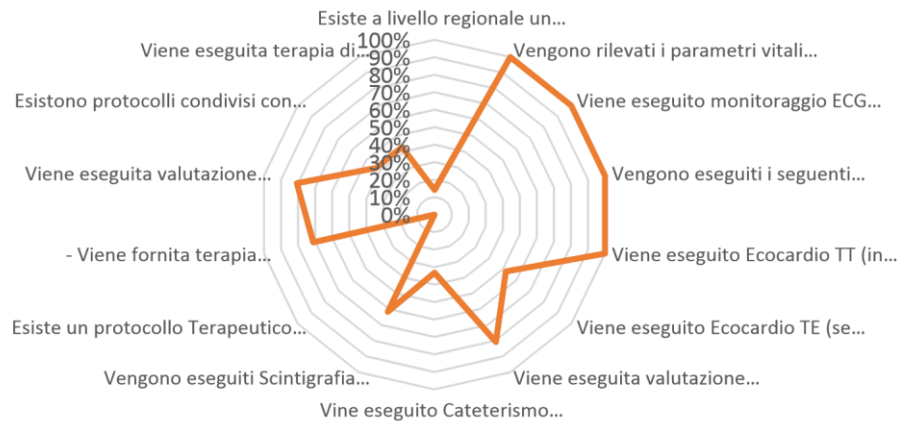
PROFILO SCOMPENSO ACUTO 118 - BASILICATA



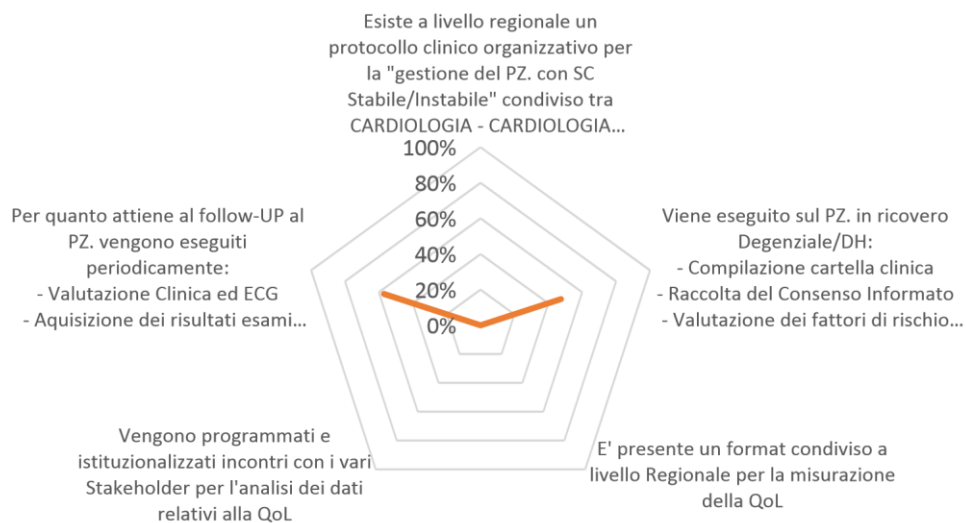
PROFILO SCOMPENSO ACUTO PS - BASILICATA



PROFILO SCOMPENSO ACUTO CARDIO (UTIC) - BASILICATA



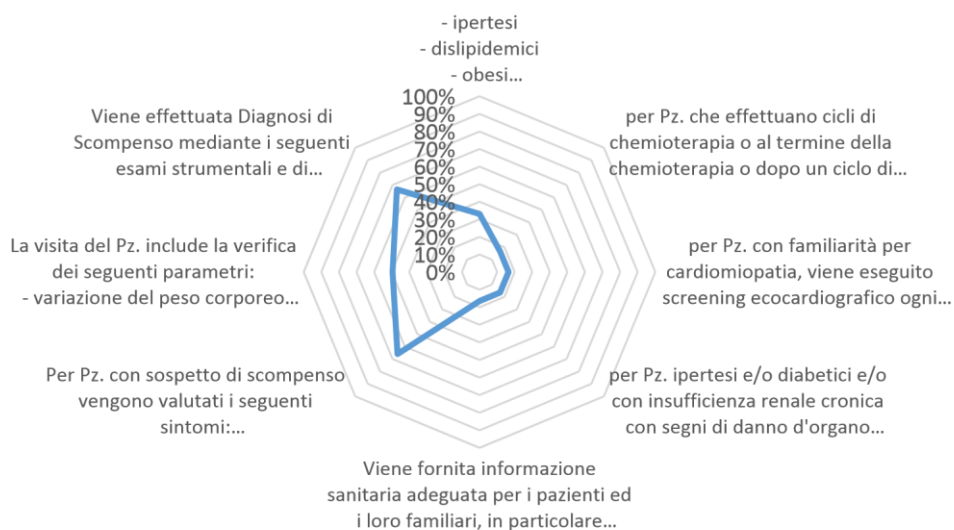
PROFILO SCOMPENSO ACUTO CARDIO (RIABILITATIVA) - BASILICATA



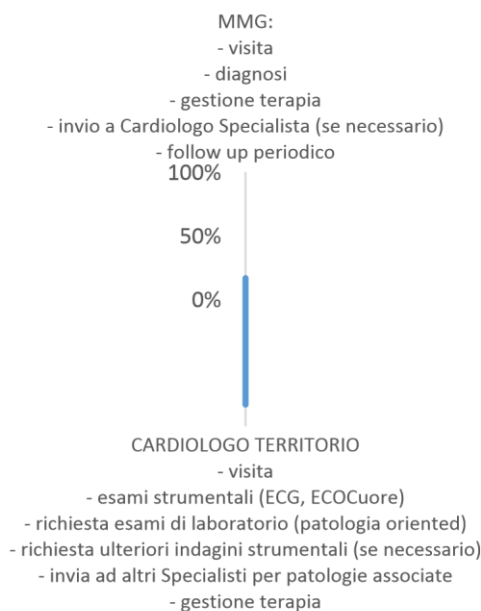
SCOMPENSO CARDIACO CRONICO 1° Livello:

(Lagonegro, Matera, Melfi, Policoro, Venosa, Potenza, Villa D'Agri)

PROFILO SCC 1° Livello - MMG - BASILICATA



PROFILO SCC 1° Livello - Pz. STADIO A - BASILICATA



PROFILO SCC 1° Livello - Pz. STADIO B - BASILICATA con disfunzione VS asintomatica di qualunque origine

- MMG:
- visita periodica programmata (frequenza secondo indicazione del sanitario) per verifica precoce insorgenza di sintomatologia riferibile a scompenso
 - programmazione visite specialistiche di controllo (ECG + visita cardiologica annuale in assenza di

100%

50%

0%

CARDIOLOGO TERRITORIO:

- visita specialistica di controllo o su richiesta del MMG
- esami strumentali (ECG, ECOCuore)
- richiede esami di laboratorio (patologia oriented)
- richiede ulteriori indagini strumentali (in particolare stratificazione del rischi

PROFILO SCC 1° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA I - BASILICATA

- MMG:
- controllo della stabilità clinica, con visite periodiche trimestrali (in assenza di sintomi di instabilizzazione)
 - controllo della compliance del paziente alla terapia
 - invio del paziente al Cardiologo di riferimento per lo scompenso con frequenz

100%

80%

60%

40%

20%

0%

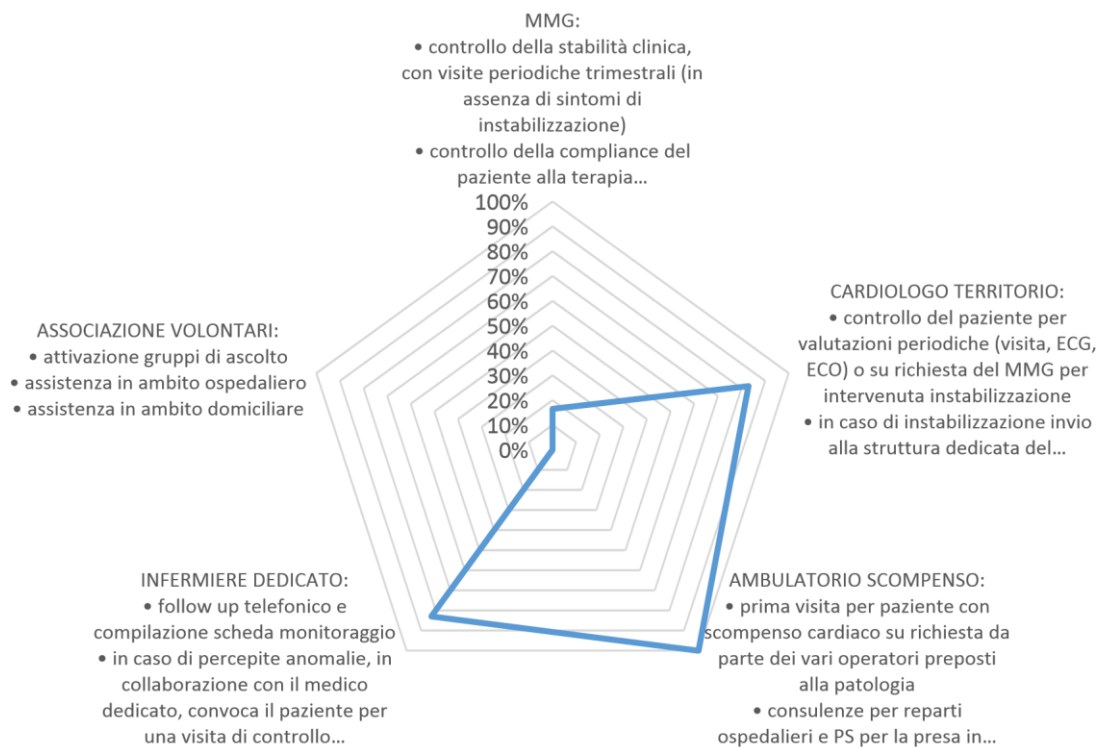
AMBULATORIO SCOMPENSO:

- prima visita per paziente con scompenso cardiaco su richiesta da parte dei vari operatori preposti alla patologia
- consulenze per reparti ospedalieri e PS per la presa in carico dei pazienti
- follow up dei pazienti affetti da sc

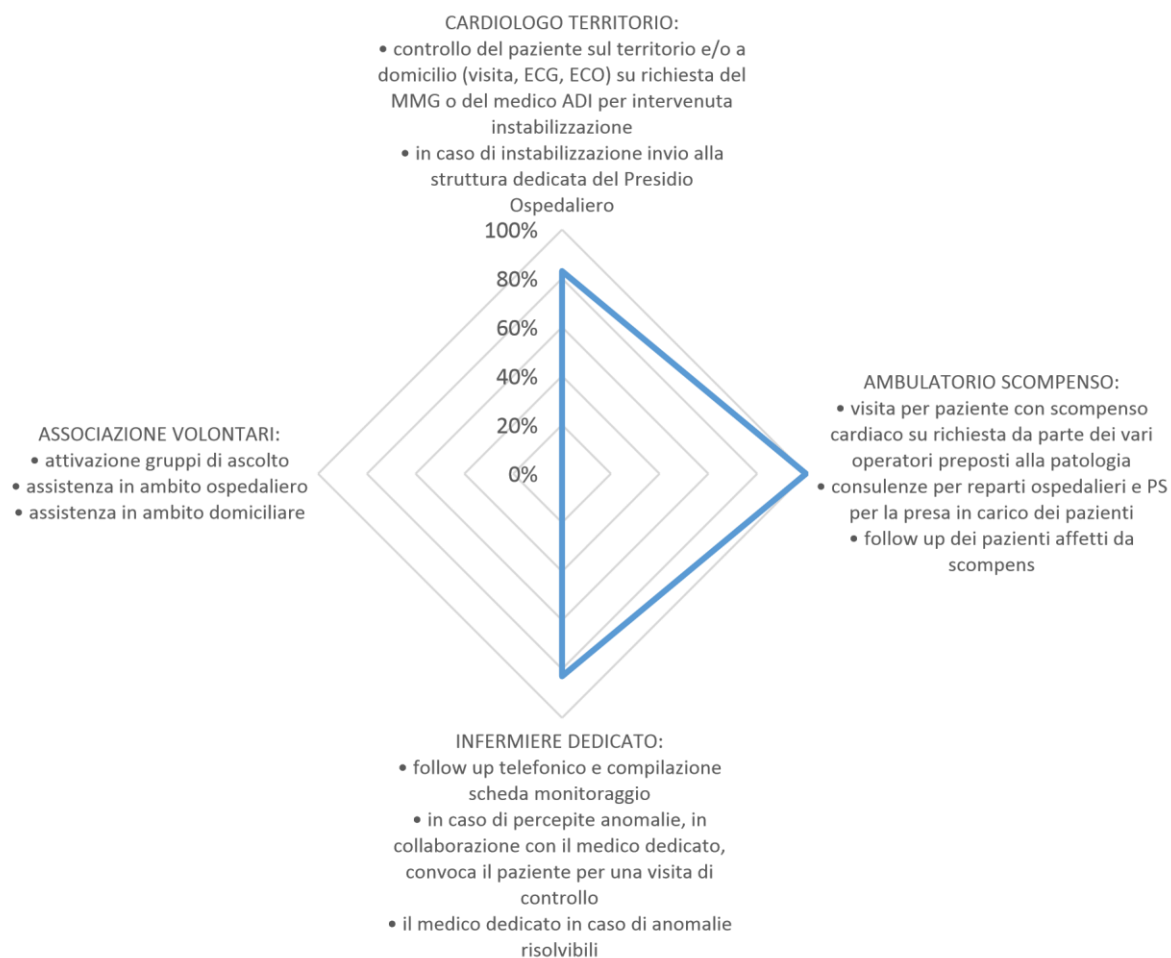
CARDIOLOGO TERRITORIO:

- controllo del paziente per valutazioni periodiche (visita, ECG, ECO) o su richiesta del MMG per intervenuta instabilizzazione
- in caso di instabilizzazione invio alla struttura dedicata del Presidio Ospedaliero

PROFILO SCC 1° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA II - BASILICATA



PROFILO SCC 1° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA III - BASILICATA



PROFILO SCC 1°Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA IV - BASILICATA

AMBULATORIO SCOMPENSO:

- valutazione del paziente (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o su richiesta di altri specialisti ospedalieri per intervenuta instabilizzazione
- in caso di accertata instabilizzazione avvio delle ulteriori indagini necessarie

100%
80%
60%
40%
20%
0%

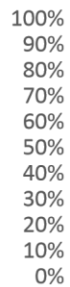
PROFILO SCC 1° Livello - Pz. STADIO D1 - BASILICATA

paziente con scompenso cardiaco avanzato non candidabile a procedure Chirurgiche (VAD - trapianto), pazienti con grave riduzione dell'autonomia per problemi sociali o per patologie gravi coesistenti. Pazi

MMG:

- controllo della stabilità clinica, con visite periodiche trimestrali (in assenza di sintomi di instabilizzazione) in collaborazione con il Cardiologo Territorio e Medico ADI e con lo Specialista della struttura dedicata allo scompenso cardiaco

• co



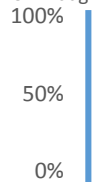
AMBULATORIO SCOMPENSO:

- valutazione del paziente (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o su richiesta di altri specialisti ospedalieri per intervenuta instabilizzazione
- in caso di accertata instabilizzazione avvio delle ulteriori indagini necessarie

PROFILO SCC 1°Livello - STADIO D2 - BASILICATA

pazienti che siano stati sottoposti o siano candidabili ad impianto di VAD o trapianto

- AMBULATORIO SCOMPENSO:
- valutazione del paziente (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o su richiesta di altri specialisti ospedalieri per intervenuta instabilizzazione
 - in caso di accertata instabilizzazione avvio delle ulteriori indagini necessarie

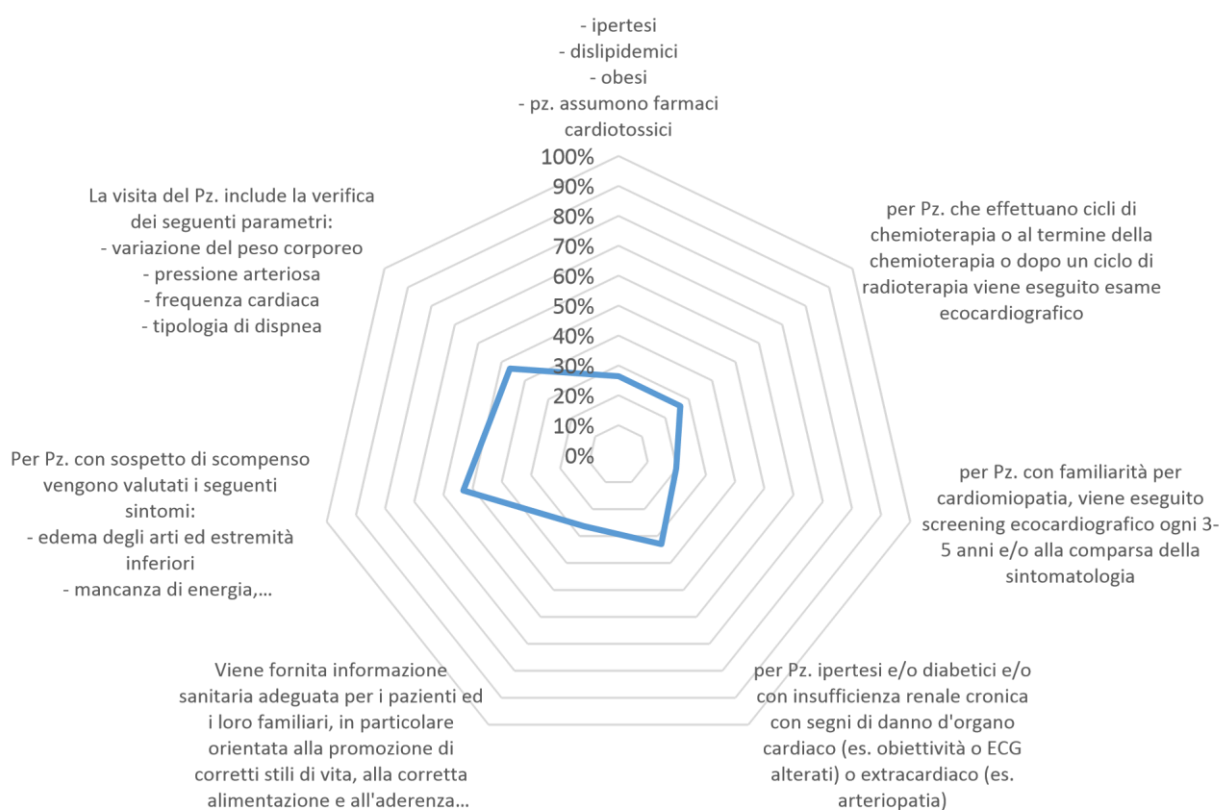


ADI:

- gestione domiciliare del paziente in attesa di trapianto con il coinvolgimento di tutte le figure necessarie per il mantenimento della stabilità

**SCOMPENSO CARDIACO CRONICO 2° Livello:
(Lagonegro, Melfi, Policoro, Venosa, Villa D'Agri)**

PROFILO SCC 2° Livello - MMG - BASILICATA



PROFILO SCC 2°Livello - Pz. STADIO A - BASILICATA

- MMG:
- visita
 - diagnosi
 - gestione terapia
 - invio a Cardiologo Specialista (se necessario)
 - follow up periodico

100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%



- CARDIOLOGO TERRITORIO
- visita
 - esami strumentali (ECG, ECOCuore)
 - richiesta esami di laboratorio (patologia oriented)
 - richiesta ulteriori indagini strumentali (se necessario)
 - invia ad altri Specialisti per patologie associate
 - gestione terapia

PROFILO SCC 2° Livello - Pz. STADIO B - BASILICATA con disfunzione VS asintomatica di qualunque origine

- MMG:
- visita periodica programmata (frequenza secondo indicazione del sanitario) per verifica precoce insorgenza di sintomatologia riferibile a scompenso
 - programmazione visite specialistiche di controllo (ECG + visita cardiologica annuale in assenza di

100%

50%

0%

CARDIOLOGO TERRITORIO:

- visita specialistica di controllo o su richiesta del MMG
 - esami strumentali (ECG, ECOCuore)
- richiede esami di laboratorio (patologia oriented)
- richiede ulteriori indagini strumentali (in particolare stratificazione del rischi

PROFILO SCC 2° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA I - BASILICATA

- MMG:
- controllo della stabilità clinica, con visite periodiche trimestrali (in assenza di sintomi di instabilizzazione)
 - controllo della compliance del paziente alla terapia
 - invio del paziente al Cardiologo di riferimento per lo scompenso con frequenz

100%

80%

60%

40%

20%

0%

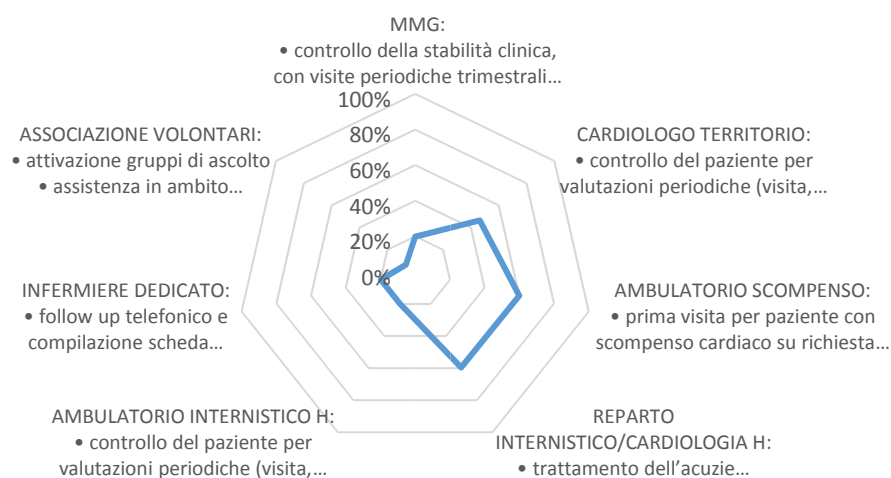
AMBULATORIO SCOMPENSO:

- prima visita per paziente con scompenso cardiaco su richiesta da parte dei vari operatori preposti alla patologia
- consulenze per reparti ospedalieri e PS per la presa in carico dei pazienti
- follow up dei pazienti affetti da sc

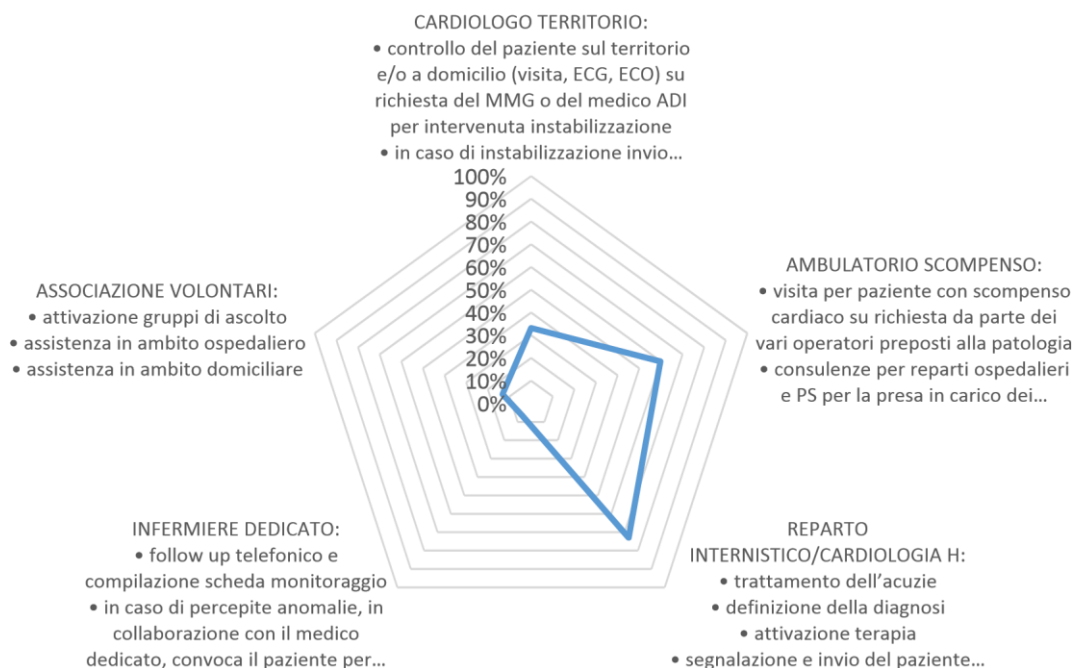
CARDIOLOGO TERRITORIO:

- controllo del paziente per valutazioni periodiche (visita, ECG, ECO) o su richiesta del MMG per intervenuta instabilizzazione
- in caso di instabilizzazione invio alla struttura dedicata del Presidio Ospedaliero

PROFILO SCC 2° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA II - BASILICATA



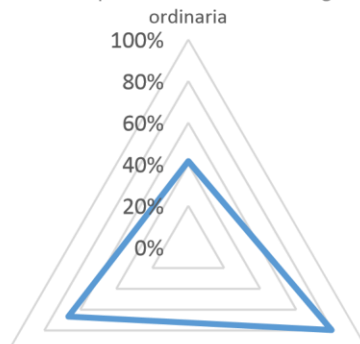
PROFILO SCC 2° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA III - BASILICATA



PROFILO SCC 2° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA IV - BASILICATA

TERAPIE INTENSIVE (UTIC, RIANIMAZIONE):

- gestione della fase di acuzie con terapie specifiche e indagini di secondo livello
- invio del paziente stabilizzato in degenza ordinaria



- AMBULATORIO SCOMPENSO:**
- valutazione del paziente (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o su richiesta di altri specialisti ospedalieri per intervenuta instabilizzazione
 - in caso di accertata instabilizzazione avvio delle ulteriori indagini necessarie

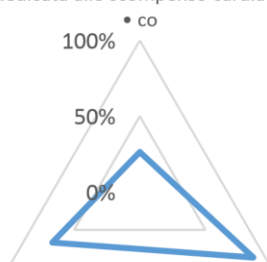
- REPARTO DEGENZA H:**
- trattamento dell'acuzie
 - definizione della diagnosi
 - attivazione terapia
 - segnalazione e invio del paziente alla struttura dedicata per il follow up

PROFILO SCC 2° Livello - Pz. STADIO D1 - BASILICATA

paziente con scompenso cardiaco avanzato non candidabile a procedure Chirurgiche (VAD - trapianto), pazienti con grave riduzione dell'autonomia per problemi sociali o per patologie gravi coesistenti. Pazi

MMG:

- controllo della stabilità clinica, con visite periodiche trimestrali (in assenza di sintomi di instabilizzazione) in collaborazione con il Cardiologo Territorio e Medico ADI e con lo Specialista della struttura dedicata allo scompenso cardiaco

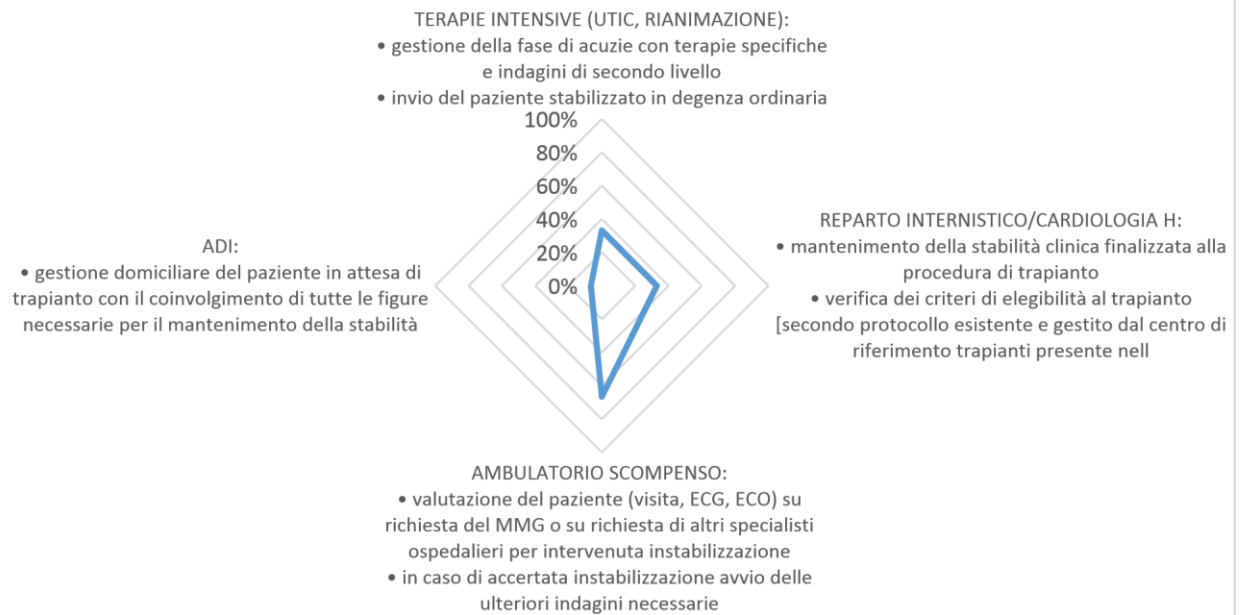


- AMBULATORIO SCOMPENSO:**
- valutazione del paziente (visita, ECG, ECO) su richiesta del MMG o su richiesta di altri specialisti ospedalieri per intervenuta instabilizzazione
 - in caso di accertata instabilizzazione avvio delle ulteriori indagini necessarie

- REPARTO INTERNISTICO/CARDIOLOGIA H:**
- trattamento dell'acuzie
 - definizione della diagnosi
 - attivazione terapia
 - segnalazione e invio del paziente alla struttura dedicata per il follow up

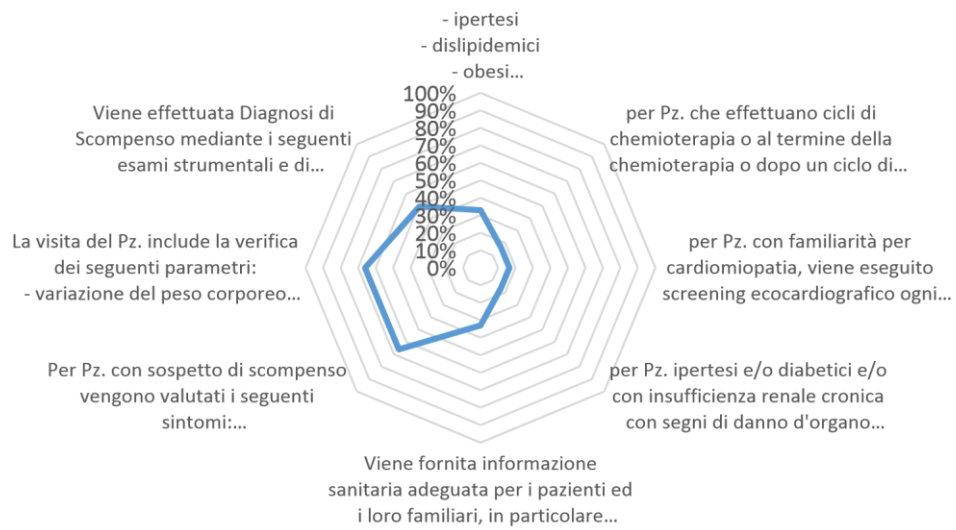
PROFILO SCC 2° Livello - STADIO D2 - BASILICATA

pazienti che siano stati sottoposti o siano candidabili ad impianto di VAD o trapianto

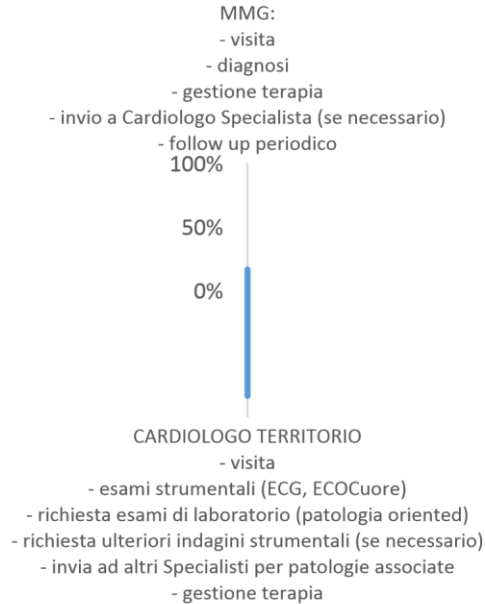


SCOMPENSO CARDIACO CRONICO 3° Livello: (Matera, Potenza)

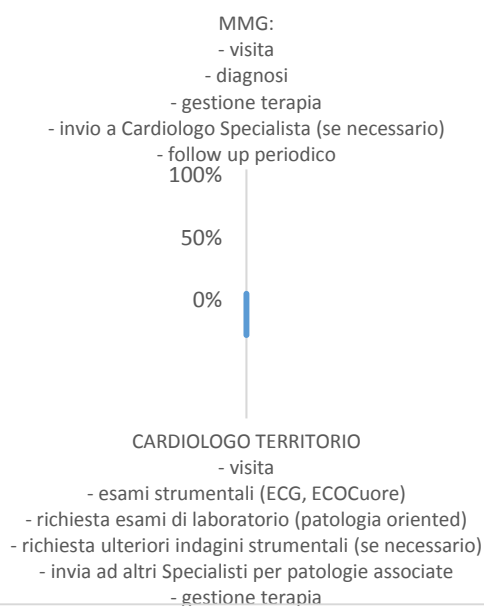
PROFILO SCC 3° Livello - MMG - BASILICATA



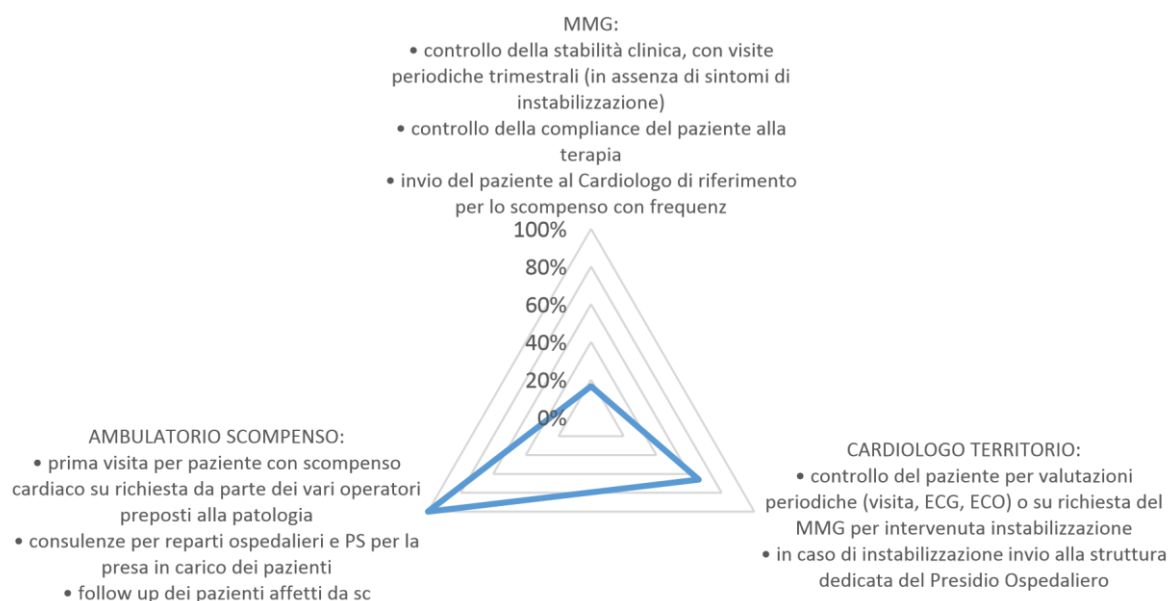
PROFILO SCC 3° Livello - Pz. STADIO A - BASILICATA



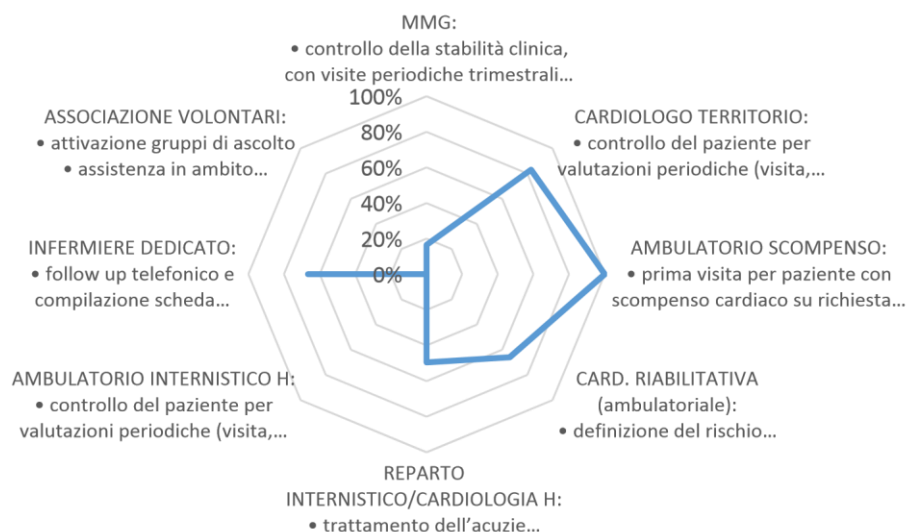
PROFILO SCC 3° Livello - Pz. STADIO B - BASILICATA con disfunzione VS asintomatica di qualunque origine



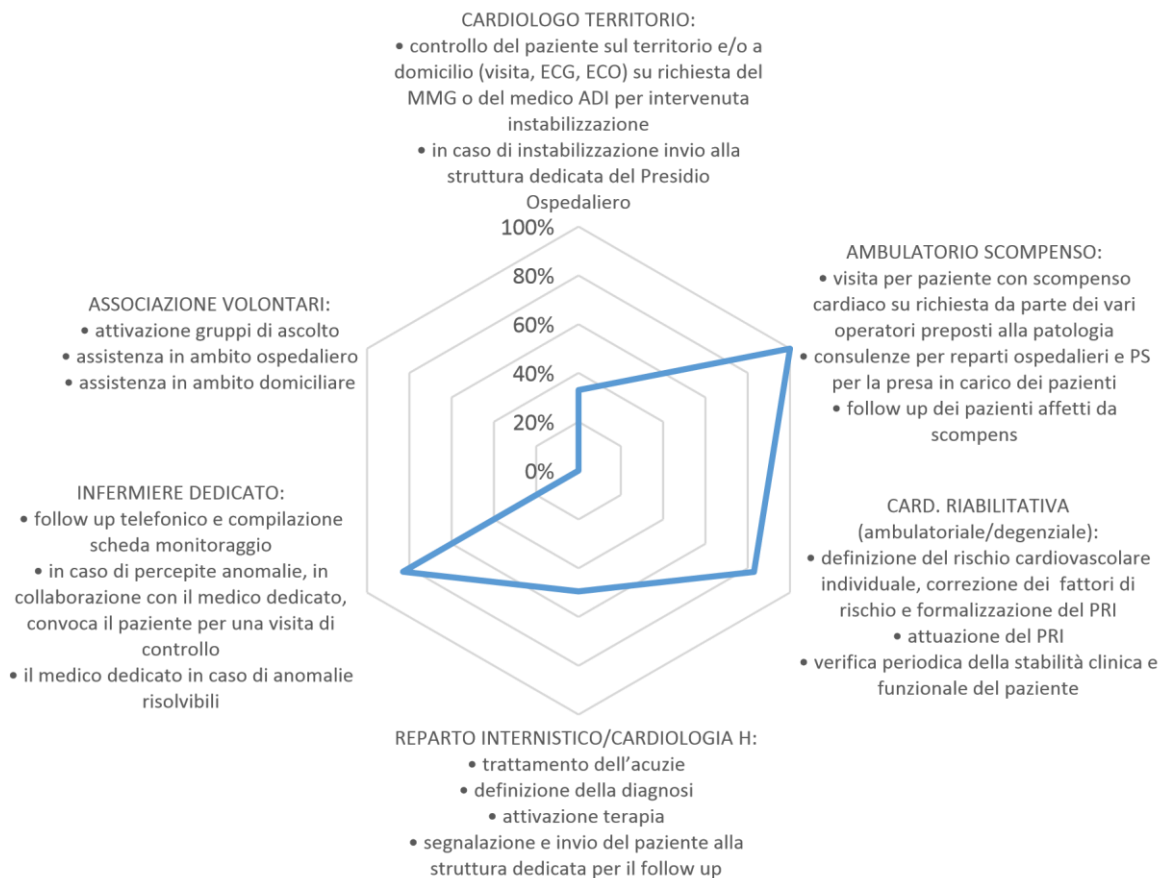
PROFILO SCC 3° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA I - BASILICATA



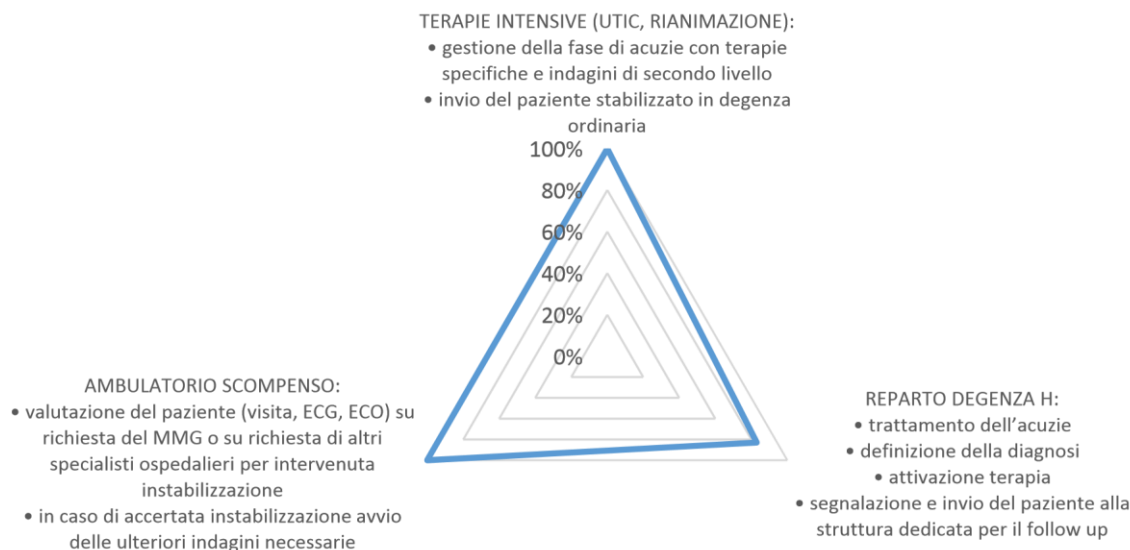
PROFILO SCC 3° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA II - BASILICATA



PROFILO SCC 3° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA III - BASILICATA

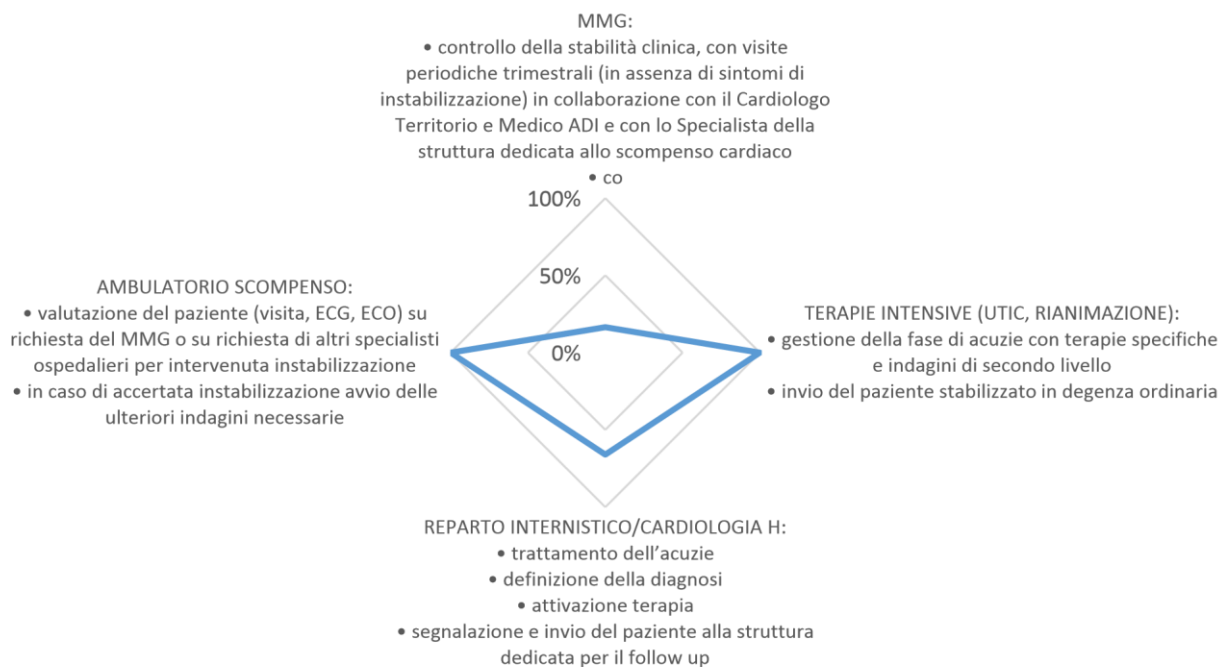


PROFILO SCC 3° Livello - Pz. STADIO C - CLASSE NYHA IV - POTENZA



PROFILO SCC 3° Livello - Pz. STADIO D1 - BASILICATA

paziente con scompenso cardiaco avanzato non candidabile a procedure Chirurgiche (VAD - trapianto), pazienti con grave riduzione dell'autonomia per problemi sociali o per patologie gravi coesistenti. Pazi



PROFILO SCC 3° Livello - STADIO D2 - BASILICATA

pazienti che siano stati sottoposti o siano candidabili ad impianto di VAD o trapianto

