

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. _____ del _____

OGGETTO: Adozione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico del paziente con Scompenso Cardiaco - PDTA SCOMPENSO CARDIACO

STRUTTURA PROPONENTE: AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Centro di Costo: _____ L'Estensore: ANGELA SBARDELLA Il presente Atto non contiene dati sensibili

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Dott.ssa MARIA FRANCA MULAS

Dr.ssa PATRIZIA CHIERCHINI

L'Atto non comporta impegno di spesa

Parere del Direttore Amministrativo Dr. Francesco Quagliariello

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Non favorevole

Il presente provvedimento si compone di n.77 pagine di cui n. 72 pagine di allegati

Il Commissario Straordinario
Dr. Giuseppe Quintavalle

IL DIRETTORE DELL'AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Vista la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00013 del 5 aprile 2023 con il quale è stato nominato Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, il dott. Giuseppe Quintavalle

Visto l'atto di autonomia Aziendale, approvato con Deliberazione n. 1153 del 17/12/2019, recepito con DCA U00020 del 27/01/2020 e pubblicato sul BURL del 30/01/2020 n. 9 con il quale, tra l'altro, è stata istituita L'Area di Direzione Ospedaliera;

Richiamata la Deliberazione n. 179 del 27.2.2020 avente ad oggetto "Atto aziendale della ASL ROMA 1 approvato con atto deliberativo n. 1153 del 17.12.2019 – *Presa d'atto dell'esito positivo del procedimento di verifica regionale – Attuazione del nuovo modello organizzativo*" la quale prevede l'attivazione della sopra citata Area di Direzione Ospedaliera e delle UU.OO.CC. nella stessa ricomprese;

Vista la Deliberazione n. 347 del 08/07/2022 avente ad oggetto "*Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi*", con la quale, tra l'altro, sono state individuate le competenze nell'adozione degli atti amministrativi e successiva integrazione giusta Deliberazione n. 329 del 15.3.2024 avente ad oggetto "Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi"

Vista la Determinazione G15691/2020 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA nella cronicità"

Vista la Determinazione Regione Lazio G03510/2018 "Implementazione del Presidio Nuovo Regina Margherita di Roma: sperimentazione del modello Casa della Salute – Asl Roma1"

Vista la Determinazione 14 novembre 2022, n. G15643 Gruppo di lavoro regionale sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA del paziente con Scompenso Cardiaco. Istituzione e nomina componenti.

Vista la Determinazione G18206/2022 "Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022 n. 643 "Approvazione del documento Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'art. 1 comma 2 del citato provvedimento"

Vista la Determinazione 16 febbraio 2023, n. G02015 Modifica determinazione n. G15643 del 14 novembre 2022 "Gruppo di lavoro regionale sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA del paziente con Scompenso Cardiaco". Integrazione nomine componenti

Vista la Determinazione G02706/2023 "Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale G14215 del 19 ottobre 2022"

Vista la Determinazione G08955/2023 “Programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi specifici di potenziamento dell’offerta di assistenza domiciliare integrata, previsti nel Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 182/2023 in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute. Componente 1.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”

Premesso che la ASL Roma 1 propone un approccio integrato per affrontare le minacce per la salute secondo il Modello One Health e che il PDTA rappresenta uno strumento per realizzare tale modello in quanto percorso di presa in carico del Paziente globale per ogni bisogno assistenziale del paziente dalla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) alla riabilitazione tramite interventi multiprofessionali e multidisciplinari che interessano diversi ambiti: psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità con il coinvolgimento del territorio e dei MMG in un percorso integrato di cura, sia territoriale sia ospedaliero, orientato alla continuità, all’integrazione e alla completezza della presa in carico

Considerato che;

- nel PDTA SC vengono indicati i nodi della rete cardiologica ospedaliera e territoriale, le modalità di accesso del paziente con SC alla rete e i ruoli dei singoli professionisti territoriali e ospedalieri, nonché delle strutture riabilitative
- il modello favorisce un’assistenza qualificata durante l’intero decorso della malattia, e il superamento della frammentarietà dell’erogazione di singole prestazioni ricostituendo l’unitarietà delle cure

Ritenuto che gli obiettivi del PDTA SC sono:

- ✓ *Individuazione precoce dei soggetti a rischio di SC, mettendo in atto gli interventi idonei a ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare sinistra (stadio A delle LLGG);*
- ✓ *Individuazione, diagnosi e terapia dei soggetti portatori di alterazioni strutturali e/o funzionali del ventricolo sinistro asintomatiche al fine di ritardare la progressione verso lo SC conclamato (stadio B delle LLGG);*
- ✓ *Individuazione, diagnosi e terapia dei pazienti affetti da SC sintomatico al fine di migliorare la qualità di vita, migliorare la soddisfazione per l’assistenza, promuovere l’autonomia decisionale e l’autocura e migliorare l’aderenza all’uso dei farmaci e alle misure relative allo stile di vita (stadio C delle LLGG);*
- ✓ *Garantire ai pazienti con evento scompenso cardiaco clinico (stadio C) l’accesso appropriato alla riabilitazione cardiologica degenziale e/o ambulatoriale (Classe IA delle LLGG) fondamentale, almeno per una parte dei pazienti, per migliorare l’aderenza alla terapia e la prognosi a medio-lungo termine;*
- ✓ *Garantire assistenza e terapia ai pazienti più gravi, refrattari alla terapia orale, attraverso ricovero in DH, in Cardiologia/UTIC, Cardiologia intensiva ed interventistica per usufruire di opzioni terapeutiche invasive (stadio D delle LLGG);*
- ✓ *Garantire ai pazienti affetti da SC residenti nella ASL ROMA 1 un percorso assistenziale integrato in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure nelle diverse fasi della malattia, attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali e operative;*
- ✓ *Migliorare l’offerta dei servizi assistenziali territoriali ai pazienti con SC residenti nella ASL ROMA 1, favorendo lo sviluppo di un sistema di cure integrato tra MMG e specialisti cardiologi, finalizzato a percorsi facilitati per la diagnosi, la stadiazione, il monitoraggio dei fattori di rischio ed il trattamento farmacologico;*
- ✓ *Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera, migliorare l’appropriatezza degli interventi (intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica, ma anche come maggiore aderenza ai bisogni del paziente);*
- ✓ *Migliorare l’offerta dei servizi assistenziali territoriali ai pazienti con SC residenti nella ASL ROMA 1 dopo la dimissione ospedaliera, con lo scopo di far crescere un sistema di cure integrato tra*

ospedale e territorio, favorire percorsi facilitati per la cura del paziente complesso, evitare ricoveri ripetuti e ravvicinati, prevenire le instabilizzazioni.

- ✓ *Attuare interventi di formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari, mirati alla condivisione dei percorsi, al fine dell'integrazione funzionale;*
- ✓ *Monitorare gli indicatori di processo e di esito del progetto attraverso l'analisi dei dati epidemiologici contenuti nella documentazione e nel data base aziendale condiviso;*
- ✓ *Favorire lo sviluppo degli ambulatori a gestione infermieristica ospedalieri e territoriali, strumenti preziosi per garantire continuità assistenziale e aderenza alla terapia.*

Attestato che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

PROPONE

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico del paziente con Scompenso Cardiaco" – PDTA SCOMPENSO CARDIACO che forma parte integrante del presente atto
- "di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione".

Il Responsabile
del procedimento
Dr.ssa Maria Franca Mulas

Il Direttore di Area
Area Direzione Ospedaliera
Dr.ssa Patrizia Chierchini

FIRMATO
DIGITALMENTE

FIRMATO
DIGITALMENTE

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

In virtù dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii;

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00013 del 5 aprile 2023;

Letta la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;

Preso atto che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge n. 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;



Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio

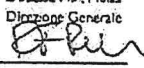

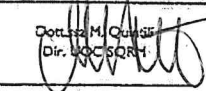
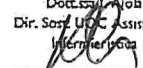
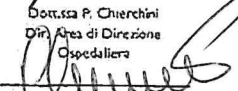
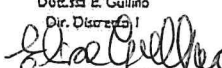

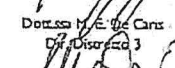
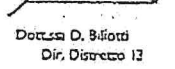
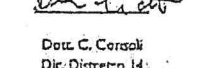
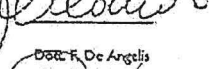


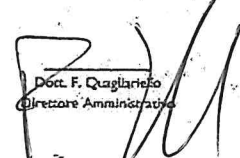
DELIBERA



- di adottare il “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico del paziente con Scompenso Cardiaco” – PDTA SCOMPENSO CARDIACO che forma parte integrante del presente atto
- “di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio on line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione”.

Il Direttore della Struttura proponente provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Giuseppe Quintavalle
FIRMATO DIGITALMENTE

 ASL ROMA 1	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO (PDTA SCOMPENSO CARDIACO)	 REGIONE LAZIO
		Pag. 1 a 71

DATA	REVISIONE	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
23/12/2024	Rev.0 (Emissione)	Per il GdL Dott.ssa M.F. Mulas Dirigente Generale  Roberto Ricci Direttore UOC Cardiologia Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita 	Dott.ssa M. Quintarelli Dir. UOC SQR 1  Dott.ssa M. Nobile Dir. SQR UOC Assistenza Infermeristica  Dott.ssa P. Chierchini Dir. Area di Direzione Ospedaliera  Dott.ssa E. Gullino Dir. Distretto 1  Dott. C. G. De Gregorio Dir. Distretto 2  Dott.ssa M. E. De Caro Dir. Distretto 3  Dott.ssa D. Bilardi Dir. Distretto 12  Dott. C. Corsali Dir. Distretto 14  Dott. F. De Angelis Dir. Distretto 15 	Dott. G. Quintarelli Commissario Straordinario  Dott. G. D'Agostino Direttore Sanitario Asendale  Dott. F. Quagliarello Direttore Amministrativo 

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p>PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO</p> <p>(PDTA SCOMPENSO CARDIACO)</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
		Pag. 1 a 71

GRUPPO DI LAVORO

Nome e Cognome	Unità di appartenenza
Roberto Ricci	Direttore DEA Santo Spirito Direttore UOC Cardiologia Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita <i>Responsabile del PDTA</i>
Agabiti Nera	UOC Epidemiologia dello Stato di Salute Della Popolazione Dipartimento di Epidemiologia SSR Lazio in ASL Roma1
Aquilani Stefano	UOC Cardiologia Clinica e Riabilitativa S. Filippo Neri
Azzolini Matteo	UOC Medicina Interna Santo Spirito
De Sales Emanuela	UOC Cardiologia Santo Spirito – NRM
Festinese Silvio	Cardiologia Ambulatoriale Convenzionata ASL Roma 1
Giubilato Giovanna	UOC Cardiologia Santo Spirito - NRM
Lovello Cristina	UOC Medicina Interna S. Filippo Neri
Mammarella Assunta	Direttore UOC Gestioni Flussi Informativi Sanitari e Analisi Processi Assistenziali
Marino Maria Rosaria	Dipartimento Prevenzione ASL Roma 1
Campoli Andrea	Medico di Medicina Generale ASL Roma 1
Felici Claudia	Medico di Medicina Generale ASL Roma 1
Papa Ombretta	Medico di Medicina Generale ASL Roma 1
Pinnarelli Luigi	UOD Documentazione scientifica, Linee Guida e HTA
Ravezzani Graciela	UOC Cardiologia Clinica e Riabilitativa S. Filippo Neri- <i>Case manager</i>
Ricco Annalisa	UOC Cardiologia Santo Spirito - NRM
Russo Domitilla	UOC Cardiologia Santo Spirito - NRM
Scaglione Livia	UOC Medicina Interna Santo Spirito
Valenti Giulia	UOS Medicina Fast Ospedale S. Filippo Neri
Caterina Magnani	Referente Aziendale Cure Palliative
Angela Beatrice Scardovi	UOC Cardiologia Santo Spirito - NRM
Giovanna Carluccio	Direzione Generale

SOMMARIO

GRUPPO DI LAVORO	1
GLOSSARIO	4
INTRODUZIONE	6
PDTA E MODELLO ONE HEALTH	6
DATI EPIDEMIOLOGICI (VEDI ALLEGATO 1)	8
OBIETTIVI	8
CLASSIFICAZIONE	9
CAMPO DI APPLICAZIONE	10
MAPPA TERRITORIALE	11
FLOW CHART: PANORAMICA PERCORSO PRESA IN CARICO	15
MATRICI DELLE RESPONSABILITA' E CRITERI DI ACCESSO AL PDTA	15
MATRICI DELLE RESPONSABILITA' STADIO A	15
FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO PREVENZIONE PRIMARIA – SOGGETTI STADIO A	19
MATRICE DELLE RESPONSABILITA' STADIO B	20
FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO– SOGGETTI STADIO B	26_Toc185837684
MATRICE DELLE RESPONSABILITA' STADIO C	27
FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO– SOGGETTI STADIO C	34
MATRICE DELLE RESPONSABILITA' STADIO D	35
FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO– SOGGETTI STADIO D	37
RUOLO DEL CARE E DEL CASE MANAGER	38
AMBULATORIO INFERMIERISTICO	38
TELEMEDICINA	38
CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	39
INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO PER IL MONITORAGGIO DEL PDTA	40
I RIFERIMENTI NORMATIVI	42
BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	42
ALLEGATO 1: DATI EPIDEMIOLOGICI	44
ALLEGATO 2: LE TABELLE TRATTE DALLE PIÙ RECENTI LLGG ESC CHE RIASSUMONO GLI OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI	49
ALLEGATO 3: STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO PER INVIO ALLA GESTIONE TERRITORIALE	55
ALLEGATO 4: LETTERA DI DIMISSIONE DEL PAZIENTE CON SC	61

ALLEGATO 5: QUESTIONATI QUALITA' DELLA VITA.....	62
ALLEGATO 6: PAZIENTE DESTINATO A CURE PALLIATIVE.....	66
ALLEGATO 7: INFORMATIVA SULLA PRIVACY	67

GLOSSARIO

ADI	Assistenza domiciliare integrate
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator (defibrillatore impiantabile)
AVP	Alert, voice, pain
BMI	Body Mass Index (indice di massa corporea)
BNP	Brain natriuretic peptide
BPCO	Broncopatia cronica ostruttiva
CCH	Cardiochirurgia / Cardiochirurgo
CCM	Cardiac Contraction Modulation
CI	Cardiopatia Ischemica
CO	Cardiologo ospedaliero
COT	Centrale Operativa Territoriale
CP	Cure Palliative
CPX	Test cardiopolmonare
CR	Cardiologo della riabilitazione
CRT	Terapia di resincronizzazione cardiaca
CRT-D	Terapia di resincronizzazione cardiaca con defibrillatore
CT	Cardiologo territorial
CV	Cardiovascolare
DH	Day hospital
DT	Destination therapy
DVA	Disfunzione ventricolare sinistra asintomatica
ECG	Elettrocardiogramma
ED	Dipartimento di emergenza
EGA	Emogasanalisi
FC	Frequenza cardiaca
FU	Follow -Up
GdL	Gruppo di lavoro
GFR	Velocità di filtrazione glomerulare
HB	Emoglobina
HbA1C	Emoglobina glicosilata
IFEC	Infermiere di famiglia e Comunità
ISHLT	International Society for Heart and Lung Transplantation
LLGG	Linee Guida
LR	Loop Recorder
MMG	Medico di medicina generale
NYHA	New York Heart Association
NT pro BNP	N- Terminal pro Brain natriuretic peptide
PA	Pressione arteriosa
PAC	Prestazione ambulatoriale complessa
PAS	Pressione arteriosa sistolica
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PMK	Pace -maker
PN	Peptidi Natriuretici
PNRM	Presidio Nuovo Regina Margherita
PO	Presidio Ospedaliero
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto Unico di Accesso
PZ	Paziente/Pazienti
RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
RR	Frequenza Respiratoria
SC / SCC	Scompenso Cardiaco / Scompenso Cardiaco Congestizio
TC	Trapianto cardiaco
UTIC	Unità di Terapia Intensiva Cardiologica
VAD	Ventricular Assist Device / Sistema di assistenza ventricolare meccanica

INTRODUZIONE

Il documento rappresenta l'aggiornamento e l'estensione a tutta la ASL Roma 1 del precedente documento denominato "Progettazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali integrati per filiere assistenziali afferenti al Presidio Nuovo Regina Margherita "all'interno del progetto "Implementazione del Presidio Nuovo Regina Margherita di Roma: sperimentazione del modello Casa della Salute – ASL Roma 1" (Determinazione Regione Lazio 21 marzo 2018 n. G03510) e pubblicato nel 2023 sull'intranet aziendale.

Nel documento vengono indicati i nodi della rete cardiologica ospedaliera e territoriale, le modalità di accesso del paziente con SC alla rete e i ruoli dei singoli professionisti territoriali e ospedalieri, nonché delle strutture riabilitative. Il modello favorisce un'assistenza qualificata durante l'intero decorso della malattia, e il superamento della frammentarietà dell'erogazione di singole prestazioni ricostituendo l'unitarietà delle cure.

PDTA E MODELLO ONE HEALTH

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health). Pertanto, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi.

Uno degli aspetti centrali del modello della One Health è la prevenzione. Prevenire la diffusione di malattie richiede sforzi congiunti tra professionisti della salute umana, veterinaria e ambientale. Ciò implica la promozione di stili di vita sani, la tutela della salute degli animali e la salvaguardia dell'ambiente. La promozione della salute e la prevenzione interessano tutte le fasce di età, sin dai primi anni di vita attraverso politiche sanitarie che mirino alla tutela delle categorie più fragili.

In applicazione al D. Legge n. 36 del 30/04/2022, convertito con Legge n°79 del 29/06/2022, è stato istituito (art.27) il "Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)", basato sulla "applicazione dell'approccio integrato «one-health» nella sua evoluzione «planetary health»", che "concorre al perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati in particolare alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici", di cui fanno parte i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL, le Regioni, gli Istituti Zooprofilattici e l'Istituto Superiore di Sanità la Asl Roma1 su indicazione della Regione Lazio, con Deliberazione regionale 2 maggio 2024, n. 310 "Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie", ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per un approccio ONE HEALTH finalizzato alla tutela della salute umana. Il modello ONE HEALTH viene inserito in ogni percorso di presa in carico allo scopo di creare un nuovo modello di assistenza ospedale territoriale in ottica One Health.

Il "Gruppo di Lavoro permanente ONE HEALTH", multidisciplinare è stato istituito, presso il Dipartimento di Prevenzione ed in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia.

Il PDTA rientra in questo modello in quanto percorso di presa in carico globale per ogni bisogno assistenziale del paziente, dalla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) alla riabilitazione tramite

interventi multiprofessionali e multidisciplinari che interessano diversi ambiti: psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità, con il coinvolgimento del territorio e dei MMG in un percorso integrato di cura, sia territoriale sia ospedaliero, orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico (Figura1). In sintesi si tratta di adottare un nuovo assetto organizzativo e funzionale per la prevenzione collettiva e la sanità pubblica, basato su:

- il rafforzamento delle strutture e dei servizi che si occupano di salute (umana e animale) e di ambiente, che devono sviluppare forme di coordinamento operativo e strategie integrate di intervento;
- una formazione adeguata e specifica degli operatori coinvolti in queste attività;
- la ricerca applicata, anche in collaborazione con l'Università, mirata ad interventi integrati salute-ambiente-clima.

Operativamente è necessario ideare ed adottare, quindi, percorsi ben definiti e sistemi di comunicazione in grado di garantire il coordinamento e l'interazione efficace fra strutture diverse interne ed esterne alla ASL.

L'integrazione del PDTA con il modello One Health offre un quadro più completo e sostenibile per affrontare le sfide sanitarie contemporanee, migliorando la salute globale in modo sinergico.

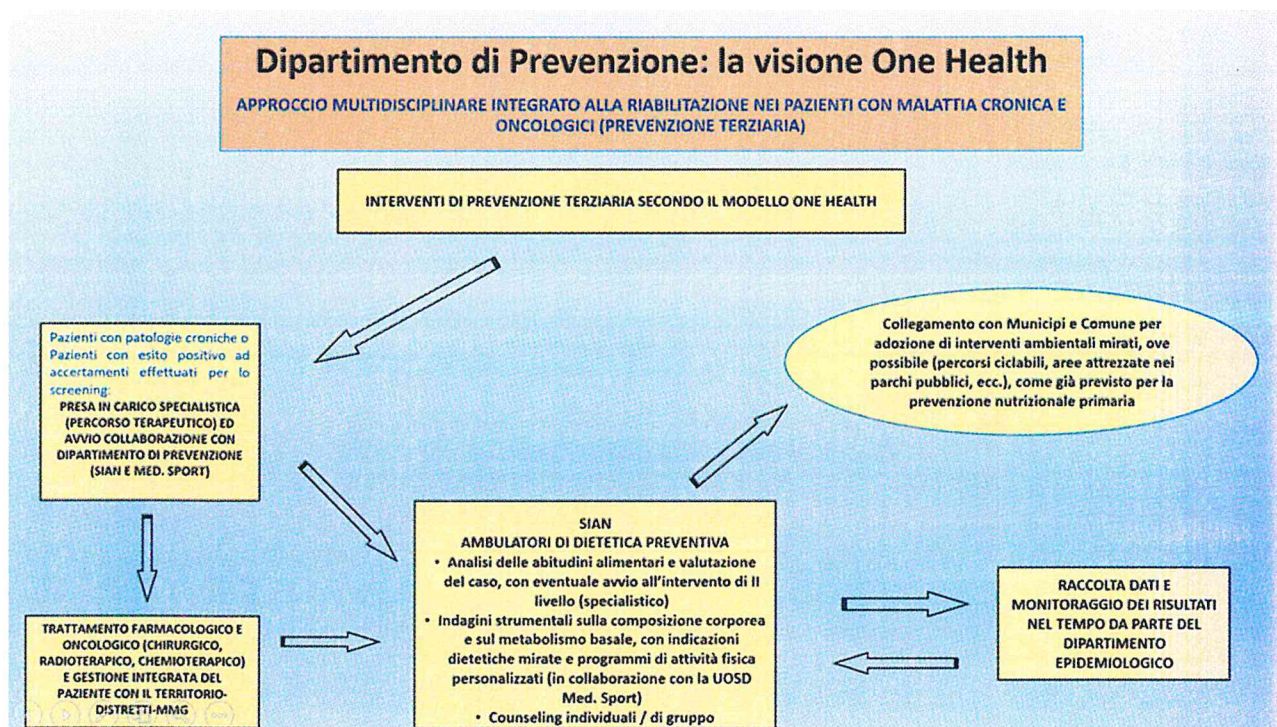


Figura 1. Modello One Health e Prevenzione Terziaria

DATI EPIDEMIOLOGICI (VEDI ALLEGATO 1)

OBIETTIVI

Il PDTA Scompenso cardiaco coinvolge MMG, Cardiologi ambulatoriali del territorio, Cardiologi ospedalieri, Internisti ospedalieri, altri Medici Specialisti ed infermieri ambulatoriali e ospedalieri, Fisioterapisti, Nutrizionisti, Centrale Operativa Territoriale (COT), UOC Gestioni Flussi Informativi Sanitari e analisi Processi Assistenziali con l'obiettivo di ridurre il tasso di riacutizzazioni e ricoveri.

Gli obiettivi del PDTA SC della ASL Roma 1 sono:

- Individuazione precoce dei soggetti a rischio di SC, mettendo in atto gli interventi idonei a ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare sinistra (stadio A delle LLGG);
- Individuazione, diagnosi e terapia dei soggetti portatori di alterazioni strutturali e/o funzionali del ventricolo sinistro asintomatiche al fine di ritardare la progressione verso lo SC conclamato (stadio B delle LLGG);
- Individuazione, diagnosi e terapia dei pazienti affetti da SC sintomatico al fine di migliorare la qualità di vita, migliorare la soddisfazione per l'assistenza, promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura e migliorare l'aderenza all'uso dei farmaci e alle misure relative allo stile di vita (stadio C delle LLGG);
- Garantire ai pazienti con evento scompenso cardiaco clinico (stadio C) l'accesso appropriato alla riabilitazione cardiologica degenziale e/o ambulatoriale (Classe IA delle LLGG) fondamentale, almeno per una parte dei pazienti, per migliorare l'aderenza alla terapia e la prognosi a medio-lungo termine;
- Garantire assistenza e terapia ai pazienti più gravi, refrattari alla terapia orale, attraverso ricovero in DH, in Cardiologia/UTIC, Cardiologia intensiva ed interventistica per usufruire di opzioni terapeutiche invasive (stadio D delle LLGG);
- Garantire ai pazienti affetti da SC residenti nella ASL ROMA 1 un percorso assistenziale integrato in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure nelle diverse fasi della malattia, attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali e operative;
- Migliorare l'offerta dei servizi assistenziali territoriali ai pazienti con SC residenti nella ASL ROMA 1, favorendo lo sviluppo di un sistema di cure integrato tra MMG e specialisti cardiologi, finalizzato a percorsi facilitati per la diagnosi, la stadiazione, il monitoraggio dei fattori di rischio ed il trattamento farmacologico;
- Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera, migliorare l'appropriatezza degli interventi (intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica, ma anche come maggiore aderenza ai bisogni del paziente);
- Migliorare l'offerta dei servizi assistenziali territoriali ai pazienti con SC residenti nella ASL ROMA 1 dopo la dimissione ospedaliera, con lo scopo di far crescere un sistema di cure integrato tra ospedale e territorio, favorire percorsi facilitati per la cura del paziente complesso, evitare ricoveri ripetuti e ravvicinati, prevenire le instabilizzazioni.
- Attuare interventi di formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari, mirati alla condivisione dei percorsi, al fine dell'integrazione funzionale;

- Monitorare gli indicatori di processo e di esito del progetto attraverso l'analisi dei dati epidemiologici contenuti nella documentazione e nel data base aziendale condiviso;
- Favorire lo sviluppo degli ambulatori a gestione infermieristica ospedalieri e territoriali, strumenti preziosi per garantire continuità assistenziale e aderenza alla terapia.

CLASSIFICAZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce lo SC come una riduzione delle capacità fisiche per problemi legati al decadimento della funzione cardiaca.

La **"Classificazione NYHA"** (classificazione della New York Heart Association) suddivide lo stato di SC in base alla sintomatologia in 4 classi di gravità (Tabella 1):

Classe I: l'attività fisica abituale non determina dispnea, astenia, palpitazioni;

Classe II: lieve limitazione dell'attività fisica abituale per la comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni; benessere a riposo;

Classe III: grave limitazione dell'attività fisica, sintomi di dispnea, affaticamento insorgono per attività fisica di entità inferiore a quella abituale; benessere a riposo.

Classe IV: incapacità a svolgere qualsiasi attività senza comparsa di sintomi e presenza di sintomi di scompenso anche a riposo. I sintomi non sempre sono correlati con la gravità della disfunzione cardiaca, ma sono collegati strettamente con la prognosi, soprattutto quando persistono nonostante la terapia farmacologica ottimizzata.

La classe NYHA è dinamica, poiché il paziente può passare da una classe all'altra a seconda della fase "storica" della malattia. Poiché lo SC è una malattia evolutiva, le risorse devono essere concentrate con l'obiettivo di contrastare il passaggio da uno stadio inferiore ad uno di livello superiore caratterizzato da un profilo prognostico più sfavorevole.

Le Linee Guida internazionali, per identificare lo **stadio della disfunzione e del danno strutturale cardiaco**, sottolineandone la progressività e l'eventuale resistenza alla terapia, classificano la patologia in 4 stadi:

Stadio A: Alto rischio di sviluppare SC per la presenza di condizioni predisponenti, ma assenza di anomalie strutturali o funzionali del cuore e nessun sintomo;

Stadio B: Malattia cardiaca strutturale e/o funzionale ma senza segni o sintomi di SC;

Stadio C: Malattia cardiaca strutturale e/o funzionale con precedenti o attuali sintomi di SC;

Stadio D: Malattia cardiaca strutturale con SC refrattario che richiede interventi specializzati.

Tabella 1:

Stadiazione ACC/AHA dello scompenso cardiaco		Classificazione funzionale NYHA	
Stadio di SC basato su alterazioni strutturali e danno miocardico		Severità definita sulla base della sintomatologia e dell'attività fisica	
Stadio A	Ad alto rischio di sviluppare scompenso cardiaco in assenza di anomalie cardiache, strutturali o funzionali, né segni o sintomi manifesti	Classe I	Nessuna limitazione dell'attività fisica: l'esercizio fisico abituale non provoca affaticabilità, palpitazioni, né dispnea
Stadio B	Presenza di anomalie strutturali cardiache fortemente associate allo sviluppo di scompenso cardiaco	Classe II	Lieve limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo, ma l'esercizio fisico abituale provoca affaticabilità, palpitazioni o dispnea
Stadio C	SC sintomatico associato a sottostante patologia cardiaca strutturale	Classe III	Grave limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo, ma il minimo esercizio fisico abituale provoca affaticabilità, palpitazioni o dispnea
Stadio D	Patologia cardiaca strutturale in stadio avanzato associata a intensa sintomatologia a riposo nonostante terapia medica massimale	Classe IV	Impossibilità di svolgere qualunque attività fisica senza dolore: sintomatologia presente anche a riposo e che peggiora con qualunque attività fisica

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente PDTA si rivolge a tutti i professionisti operanti nella ASL Roma 1 coinvolti nella gestione del paziente affetto da scompenso nei vari stadi della malattia (dallo stadio A al D).

Strutture coinvolte:

- Ambulatori cardiologici Ospedalieri
- Ambulatori cardiologici Territoriali
- MMG
- COT
- Ambulatori di dietologia
- UUOCC Cardiologia SSP e SFN

MAPPA TERRITORIALE

Tabella 2. AMBULATORI CARDIOLOGICI OSPEDALIERI

AMBULATORIO	CONTATTI	PRESTAZIONI	GIORNI E ORARI
AMBULATORIO SCOMPENSO OSPEDALE SANTO SPIRITO	-Contatti telefonici: 06.60102264; 06.60102153 -Contatto mail: ambulatoriocardiospirito@aslroma1.it	visita cardiologica, elettrocardiogramma, ecocardiogramma TT e TE, eco- stress, test cardiopulmonare, test del cammino, test ergometrico, Holter ECG, monitoraggio della pressione arteriosa per 24 ore, studio Doppler transcranico, valutazione aritmologica, controllo PMK/AICD, monitoraggio remoto device, ambulatorio infermieristico, terapia educazionale, corso antifumo, riabilitazione cardiologica ambulatoriale, RMN cuore, Angio-TAC coronarica.	Lun, merc, giov, ven dalle ore 8 alle ore 13.30 (Agenda esclusiva rep-PDTA Scompenso Cardiaco)
AMBULATORIO SCOMPENSO OSPEDALE S. FILIPPO NERI	- Contatto telefonico: 06.60102320 - Contatto mail: ambulatoriocardiosfn@aslroma1.it	Prestazioni: visita cardiologica di controllo, elettrocardiogramma, ecocardiogramma TT e TE, eco-stress, Holter ECG, valutazione aritmologica, controllo PMK/AICD/LR/CCM, monitoraggio remoto device, RM cuore, Angio- TC coronarica.	Dal lunedì al venerdì dalle 08.30 alle 10.30 (Agenda esclusiva rep-PDTA Scompenso Cardiaco)

Tabella 3. AMBULATORI CARDIOLOGICI TERRITORIALI

DIST.	PRESIDIO	AGENDA	GIORNO	ORARIO	PRESTAZIONE	EMAIL
D1	TRIONFALE	GIULIANI DR.SSA ANTONELLA AMB. TRIONFALE [TRIO_CAR004]	venerdì	11.30	VIS+ECG	ambulatoriocardiotrionfale@aslroma1.it
	NUOVO REGINA	OR-D.SSA MIRABELLI NRM-P.I. SCOM.CARD. E/O CARDIOP.ISCHEMICA [H208CAR6_2]	Giovedì	15.00	VIS+ECG	ambulatoriocardionrmargherita@aslroma1.i
			Venerdì	09.00	ECOCARDIO	
D2	TAGLIAMENTO	OR- IORIO GIUSEPPE (POL.TAGLIAMENTO) [1208IORIO]	martedì	09:30 e 10:00	VIS+ECG	ambulatoriocardiotagliament o@aslroma1.it
	TAGLIAMENTO	OR- DR.SSA ANNA PAOLA CANGELOSI - AMB. CARDIOLOGICO [TAG_CAR005]	mercoledì	08.30	VIS+ECG	
	TAGLIAMENTO	OR-CAMINITI MARIA CRISTINA (ECOCARDIODOPPLER) [120873380]	lunedì	1200 e 12:40	ECOCARDIO	
	C.NOMENTANA	OR-DOTT. PELAGALLI L. - CIRC.NOMENTANA- (VISCAR/ECODOPPLER) [420870193]	lunedì	15.30	VIS+ECG	ambulatoriocardionomentana@aslroma1.it
			martedì	14.00	VIS+ECG	
			mercoledì	15.20	ECOCARDIO	
			giovedì	15.30	DOPPLER TSA	
	C.NOMENTANA	OR-D.SSA CAMINITI MARIA CRISTINA [4208CAMINITI]	venerdì	08.30	VIS+ECG	
	C.NOMENTANA	OR-D.SSA GIUSTINI ANNA [4208GIUSTINI]	lunedì	10.00	VIS+ECG	
			mercoledì	15.30		
D3	LAMPEDUSA	OR- AMB. CARDIOLOGIA DR. ANDREA VITALI - POL. LAMPEDUSA [LAM_CAR003]	venerdì	12:30	VIS+ECG	ambulatoriocardiolampedusa@aslroma1.it

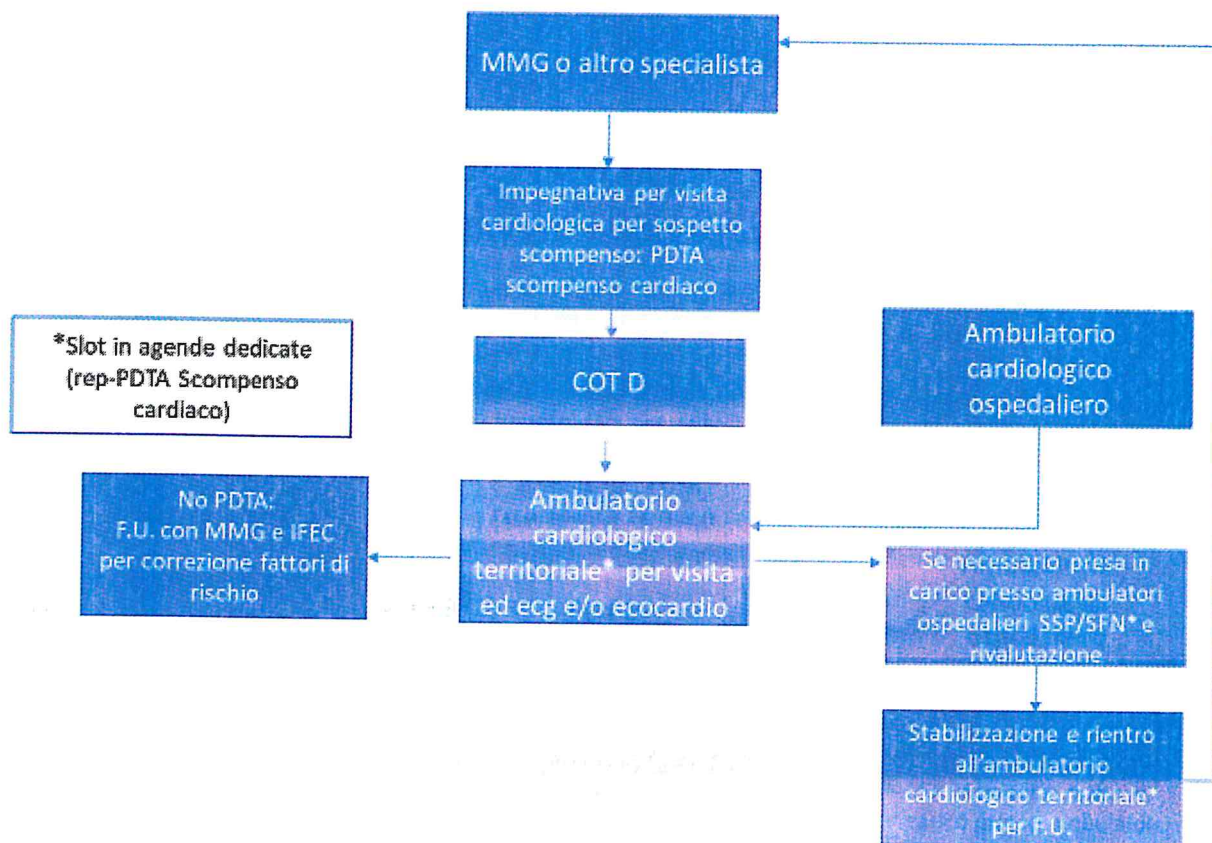
	LAMPEDUSA	OR- D.SSA MACCULI GIOVANNA LAMPEDUSA [0208MACCULI]	giovedì	16.00	ECOCARDIO	
				16.40	VISITA+ECG	
	LAMPEDUSA	OR-DOTT. FESTINESE SILVIO (VISITA / ECOCARDIO) LAMPEDUSA [020872530]	Mercoledì	12.00	ECOCARDIO	
			lunedì	15.30	VISITA+ECG	
D14	S. ZACCARIA PAPA	MINGRONE DR. ROBERTO AMB. S. ZACCARIA [CA451]	venerdì	16.00- 16.15	VIS+ECG	amculatoriocardioszp@aslro ma1.it
		CANGELOSI DR.SSA ANNA AMB.S. ZACCARIA [CA507E]	lunedì	11.00- 11.15	VIS+ECG	
			martedì	12.30- 12.45		
		FERRO LUZZI DR. MARCO AMB. S. ZACCARIA PAPA [CA503E]	martedì	08.00	ECOCARDIO	
			giovedì	08.00		
	FERRI DR.SSA TIZIANA AMB.S. ZACCARIA [CA508]	lunedì	14.00- 14.15	VIS+ECG		
	S. MARIA D. PIETA'	SERAFINI DR.SSA ELENA AMB.S.M. PIETA' [CA477]	lunedì	11.30- 11.45; 12.30- 12.45	VIS+ECG	ambulatoriocardiosmp@aslro oma1.it
			venerdì			
			lunedì	11.30- 11.45; 12.30- 12.45	CONTROLLI E RINNOVI PIANI TERAPEUTICI	
			venerdì			
D15	CLAUZETTO	MACCULI DR.SSA GIOVANNA AMB. CLAUZETTO [CA316]	giovedì	09.30	VIS+ECG	ambulatoriolabaro@aslroma 1.it
				09.45		
		DR. VITALI A. AMB. CARDIOLOGIA [CLA_CAR001]	lunedì e mercoledì	15.30- 16.30	VIS+ECG	
	MAECI	MAE_CAE003 CARDIOLOGIA CLINICA	mercoledì e giovedì	13.00	VIS+ECG	poliambulatoriomaeci@aslro ma1.it
				13.15		
		MAE_CAR001 GRAZIOLI	lunedì	11.00	VIS+ECG	
11.15						
MAECI	MAE CAR008E MACCULI	mercoledì e venerdì	11.50	VIS+ECG		
			12.10			

	ENEA	DR. BELLUSCIO AMB. ENEA CASACCIA [CA612]	giovedì	15:00- 15.15	VIS+ECG	ambulatorio.enea@aslroma1.it
--	------	--	---------	-----------------	---------	------------------------------

Tabella 4. CENTRALI OPERATIVE DISTRETTUALI – (COT-D) - Asl Roma 1

Distretto	Ruolo	Nominativo	mail	Sede	Contatti telefonici
1	Referente medico	Rossella Di Rita	centrale.distretto1@aslroma1.it	Lungotevere della Vittoria, 3	06/6010-6365
	Ref infermiere	Maria Grazia Martelli			
2	Referente medico	Camillo Giulio De Gregorio	centrale.distretto2@aslroma1.it	Circ.ne Nomentana, 498	06/6010- 5010/5028/5016
	Ref infermiere	Teresa Ierardi			
3	Referente medico	Livia Salvatori	centrale.distretto3@aslroma1.it	Via Monte Rocchetta, 3	06/6010- 6355/6366/6358
	Ref infermiere	Maria Antonetta Giuliani			
13	Referente medico	Donatella Biliotti	centrale.distretto13@aslroma1.it	Via Boccea, 271	06/6010-5161
	Ref infermiere	Annamaria Longano			
14	Referente medico	Mattia Macino	centrale.distretto14@aslroma1.it	Santa Maria della Pietà, 5	06/6010-2827
	Ref infermiere	Valentina Ungari			
15	Referente medico	Caterina De Bonis	centrale.distretto15@aslroma1.it	Viale Tor di Quinto, 33/A	06/6010- 6092/6067/6197
	Ref infermiere	Gaetano Gerbasi			

FLOW CHART: PANORAMICA PERCORSO PRESA IN CARICO



MATRICI DELLE RESPONSABILITA' E CRITERI DI ACCESSO AL PDTA

MATRICI DELLE RESPONSABILITA' STADIO A

Screening assistiti per Prevenzione Primaria

Paziente con fattori di rischio per SC (stadio A)

I soggetti in stadio A sono a rischio di sviluppare una cardiopatia strutturale per fattori di rischio cardiovascolare o situazioni cliniche quali:

1. ipertensione arteriosa;
2. diabete mellito;
3. obesità o sindrome metabolica;
4. insufficienza renale cronica;
5. aterosclerosi polidistrettuale;
6. assunzione prolungata di farmaci cardiotossici o radioterapia;

7. familiarità per cardiomiopatia.

La prevenzione primaria, l'identificazione dei soggetti esposti, e il controllo dei fattori di rischio, con l'impostazione degli eventi terapeutici e il monitoraggio nel tempo, sono compiti del MMG. Nei soggetti ad alto rischio di evoluzione verso la cardiopatia, per i pazienti con rilevanti problematiche e situazioni cliniche complesse, non controllate dagli interventi di primo livello, il MMG dovrebbe avvalersi della consulenza specialistica.

Il paziente che presenta fattori di rischio è in carico al MMG. Se rientra nei criteri (ECG e dosaggio PN alterati) verrà inviato allo specialista cardiologo del territorio con le modalità sopra descritte.

Professionista	Procedura/Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
MMG	<p>Individua i propri assistiti con diabete, ipertensione, insufficienza renale, sindrome metabolica, esposizione a cardiotossici, abuso alcolico e a sostanze stupefacenti, cardiopatia ischemica cronica, malattie valvolari, familiarità per malattie cardiovascolari, fibrillazione atriale, vasculopatia polidistrettuale e/o BPCO.</p> <p>Effettua anamnesi e visita; tratta la patologia seguendo le indicazioni delle carte del rischio europee. Prescrive ECG ed effettua terapia educativa.</p> <p>Nei casi di maggiore complessità, valuta il BMI e, in caso di valore ≥ 30, richiede alla UOC Dietologia e Diabetologia intervento nutrizionale tramite COT distrettuale (riferimenti email in tabella 4).</p>	Ambulatori o MMG /Ambulatori o territoriale	<p>Cartella clinica Ricetta per ECG.</p> <p>Richiesta per consulenza dietologica per terapia educativa</p>	Evitare il peggioramento della patologia e l'evoluzione in DVA
Diabetologo UOC Dietologia e Diabetologia	Valuta i parametri antropometrici, indaga le abitudini alimentari del paziente e, in caso di necessità invia il paziente al dietista presso NRM per redigere il piano nutrizionale individuale raggiungimento del peso ideale	Diabetologia NRM	Tabelle dietetiche	Raggiungere un compenso metabolico e la correzione dell'eccesso di peso

Diagnostica di 1° livello

Professionista	Procedura/ Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
MMG	Nel caso in cui vi siano alterazioni dell'ECG prescrive esami ematochimici (se non effettuati di recente) comprensivi di PN e visita cardiologica (impegnativa con richiesta PDTA scompenso cardiaco) e invia richiesta alla COT distrettuale (riferimenti email in tabella 4).	Ambulatorio MMG	Relazione clinica Ricetta medica per visita cardiologica (PDTA scompenso cardiaco) + ecg dosaggio PN e/o esami ematochimici con funzionalità renale	Individuazione precoce della DVAx asintomatica

Diagnostica di 2° livello

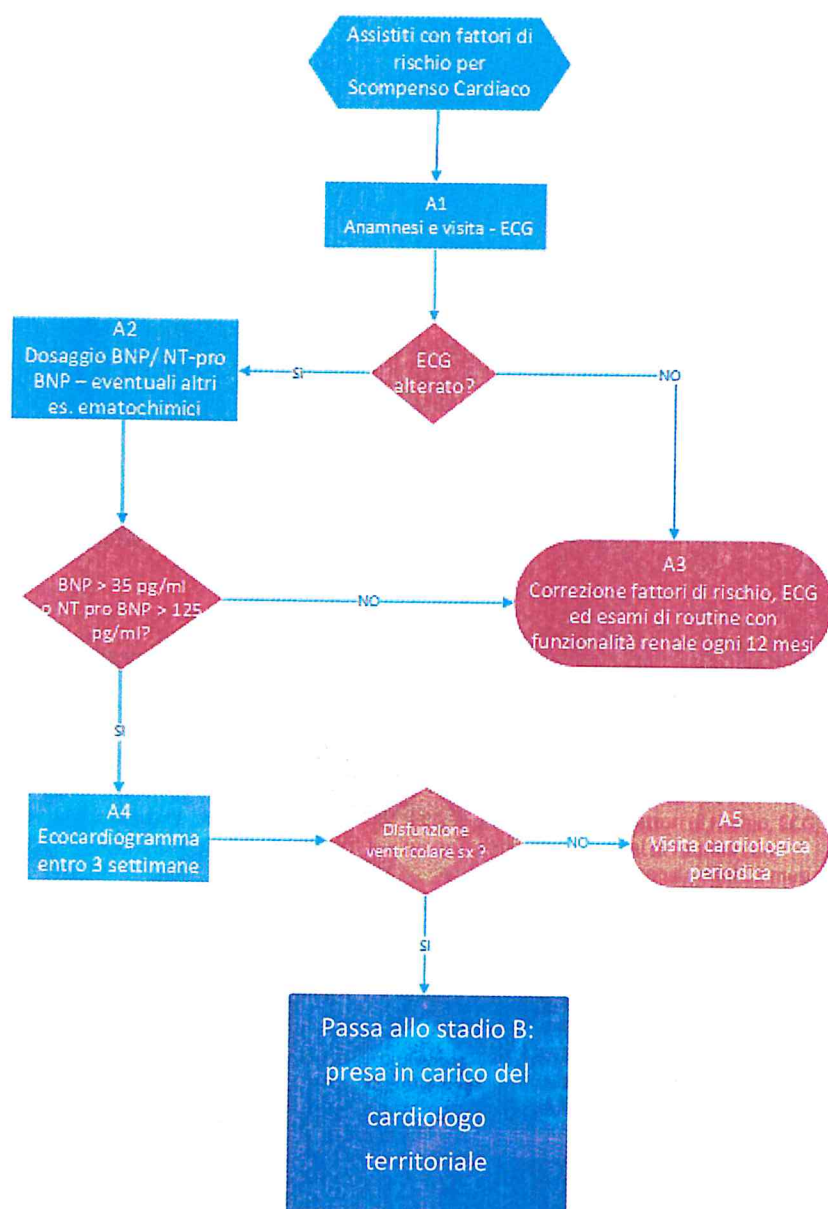
Professionista	Procedura/ Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
MMG	<p>Se i valori di BNP sono > 35 pg/ml o NT pro BNP > 125 pg/ml richiede</p> <p>ECG e/o Ecocardiogramma color Doppler a riposo da effettuare entro 3 settimane dalla richiesta. NB: in fase di prescrizione, inserire PDTA Scompenso Cardiaco.</p> <p>I valori di NT PRO BNP sono i seguenti:</p> <p>per tutte le fasce d'età: < 300 pg / ml SC non probabile</p> <p>< 50 aa: > 450 pg / ml SC possibile</p> <p>50 – 75aa: > 900 pg / ml SC possibile</p> <p>> 75aa: > 1800 pg / ml SC possibile</p>	Ambulatorio MMG/Ambulatorio territoriale	Ricetta per ECG e/o Ecocardiogramma color Doppler a riposo, con quesito clinico PDTA Scompenso cardiaco e invio e mail a COT distrettuale per appuntamento (riferimenti email in tabella 4)	Conferma diagnosi SC

INFERMIERE COT	Prenota nell'agenda dedicata Rep-PDTA Scompenso cardiaco del poliambulatorio territoriale di prossimità e chiama il paziente per comunicare la data dell'appuntamento	Ambulatori di Cardiologia territoriali	Agende dedicate in tabella 3.	Erogare l'esame entro 3 settimane
CARDIOLOGO TERRITORIO	Esegue l'esame secondo i criteri stabiliti per la valutazione delle miocardiopatie e lo referta. Prenotazione visite successive in agende dedicate ad opera del case manager.	Ambulatori di Cardiologia	Relazione clinica e prenotazione su agende dedicate.	Confermare la presenza di una cardiopatia strutturale

Visita cardiologica periodica

Professionista	Procedura/ Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
INFERMIERE ambulatorio cardiologico	Accetta il paziente, rileva i parametri antropometrici e i bisogni educativi; esegue ECG; attiva il processo infermieristico per i bisogni educativi rilevati e/o richiesti Registra provenienza e destinazione	Ambulatori di Cardiologia	Report infermieristico	Sviluppare nel pz la capacità di interagire efficacemente con l'equipe sanitaria e aderire alla misura di un corretto stile di vita rispetto ai bisogni rilevati
CARDIOLOGO TERRITORIO	Visita il pz e referta l'ECG, verifica la terapia in corso ed eventualmente la modifica finalizzandola alla prevenzione della DVA sx; prescrive gli esami strumentali in funzione dell'esito della valutazione e prenota visita successiva tramite case manager.	Ambulatori di Cardiologia territoriali	Relazione clinica Ricette dematerializzate per richiesta esami, visite, specialistiche e per visite di FU Cardiologico.	Rallentare la progressione verso lo SC clinicamente manifesto

Flow chart Valutazione clinica Prevenzione primaria – Soggetti Stadio A



MATRICE DELLE RESPONSABILITA' STADIO B

Presa in carico pz. con insufficienza cardiaca

Professionista	Procedura/ Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
MMG	Prescrive visita cardiologica ed ECG (quesito clinico PDTA Scompenso cardiaco).	Ambulatorio MMG/ Ambulatorio territoriale	Ricetta per visita cardiologica ed ECG. priorità "Programmabile (P)" secondo tempistica definita dal bisogno assistenziale e scrive email alla COT distrettuale per avere prenotazione (riferimenti email in tabella 4).	Facilitare l'aderenza al percorso
INFERMIERE COT	Prenota visita con ECG e/o Ecocardio in agende dedicate al PDTA scompenso cardiaco (Rep-PDTA scompenso cardiaco).	COT		
INFERMIERE DELL'AMBULATORIO TERRITORIALE	Accoglie il paziente, rileva e riporta in cartella i parametri fisiologici. Effettua ECG e programma i successivi controlli di Follow Up. Registra provenienza e destinazione del paziente	Presidi territoriali/ ambulatori infermieristici	Report infermieristico su cartella clinica nelle more dell'attivazione di una cartella clinica informatizzata. ECG	Paziente consapevole del ruolo attivo che deve avere sugli stili di vita e dell'autocontrollo

CARDIOLOGO TERRITORIO	<p>Visita il paziente e referta l'EKG, individua eventuali aritmie significative, inizia la titolazione della terapia, stabilisce gli esami ematici, elabora il Piano di cura, comprensivo di eventuale terapia antifumo e riabilitazione.</p> <p>Se il paziente presenta disfunzione ventricolare sinistra valuta la necessità di sottoporre il paziente a coronarografia o a TC coronarica e fa richiesta all'UOC Cardiologia Ospedale SSP/SFN tramite email ambulatoriocardiossp@aslroma1.it per SSP e ambulatoriocardiosfn@aslroma1.it per SFN al case manager per prenotazione.</p>	Ambulatori cardiologici territoriali	Relazione clinica e impegnativa per prenotazione	Prevenire lo sviluppo dello SC conclamato
CARDIOLOGO OSPEDALIERO	<p>Esegue visita con richiesta di appuntamento diretto tramite e-mail prenotato tramite email (ambulatoriocardiossp@aslroma1.it per SSP e ambulatoriocardiosfn@aslroma1.it per SFN), nei giorni e orari dell'ambulatorio PDTA scompenso cardiaco (in tabella 2) e valuta la necessità di sottoporre il paziente a coronarografia o angio TC coronarica e prenderà accordi con l'Ambulatorio Cardiopatia ischemica Santo Spirito Ambulatorio di Emodinamica Ospedale SFN</p>	Ambulatorio Ospedaliero SSP o SFN	Relazione clinica	Prevenire lo scompenso da cause aritmiche

Percorso del paziente che deve essere sottoposto a Coronarografia o Angio TC coronarica presso Ambulatorio Cardiopatia ischemica SS/SFN Sala di Emodinamica e Radiologia

Professionista	Procedura/Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
CARDIOLOGO OSPEDALIERO	<p>Valuta la documentazione sanitaria e decide a quale procedura sottoporre il pz: nel caso di Angio TC coronarica. Il giorno dell'esame, informa il paziente sulla procedura e acquisisce il consenso informato.</p> <p>Nel caso che la TC non sia valutabile o non sia indicata, e si debba procedere a coronarografia, acquisisce il consenso informato e inserisce il paziente in lista d'attesa per ricovero in regime di DH previa PO presso Ospedale Santo Spirito o per ricovero in Week Emo SFN.</p> <p>Invia il paziente al cardiologo dell'emodinamica.</p>	<p>Ambulatorio Cardiopatia ischemica Santo Spirito/ Ambulatorio di Emodinamica Ospedale SFN/ Sala di radiologia/ Day Hospital Cardiologico/ Week Emo presso UOC Cardiologia Intensiva ed Interventistica SFN/ Reparto di Cardiologia Ospedale SS /SFN</p>	<p>Relazione clinica</p> <p>Scheda anamnestica valutazione pz candidato a indagini con mezzo di contrasto</p> <p>Consenso informato Angio TC</p> <p>Consenso informato Coronarografia</p>	<p>Risalire alla eziologia dello scompenso (ischemico o meno) Rivascolarizzare il paziente ove necessario</p>

Percorso per la Procedura di rivascolarizzazione presso l'Unità di emodinamica

Professionista	Procedura / Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
INFERMIERE EMODINAMICA	Accoglie il paziente in sala emodinamica e attraverso check list verifica le attività proprie dell'assistenza infermieristica; posiziona il paziente sul lettino operatorio e procede con il monitoraggio dei parametri vitali, verifica gli accessi venosi, somministra i farmaci	Sala Emodinamica Ospedale SSP/SFN	Check list integrata	Mettere il paziente nella condizione migliore di essere studiato
CARDIOLOGO EMODINAMISTA	Effettua la coronarografia, valuta e studia il caso e, sulla scorta del quadro angiografico rilevato, si consulta con il cardiologo clinico e decide se effettuare o a quale tipologia di rivascolarizzazione sottoporre il paziente. Effettua la procedura di rivascolarizzazione percutanea, previo consenso informato, in alternativa alla rivascolarizzazione chirurgica	Sala Emodinamica Ospedale SSP/SFN	Referto della procedura Consenso informato	Valutare l'anatomia coronarica e la strategia di rivascolarizzazione più idonea
CARDIOLOGO OSPEDALIERO REPARTO	Potenzia la terapia medica e segue il paziente nel suo percorso post procedura. Fornisce il successivo appuntamento c/o l'ambulatorio di competenza (cardiopatia ischemica/scompenso cardiaco/valvulopatie) e in base all'esito della coronarografia si deciderà il successivo percorso terapeutico: terapia medica, angioplastica coronarica, valutazione cardiocirurgica eventualmente in Heart Team al fine di decidere la strategia più opportuna; eventuale trasferimento presso il presidio convenzionato dotato di CCH e prenota esame in base all'iter stabilito.	Reparto Cardiologia SSP/SFN	Cartella clinica lettera di dimissione Ricette dematerializzate per successivi appuntamenti di FU	Decidere la terapia migliore e relativo Follow up

CARDIOLOGO OSPEDALIERO AMBULATORIO	Rivaluta e ottimizza la terapia in corso, effettua test ergometrici per la valutazione di ischemia residua, effettua Ecocardiogrammi seriati per valutare il recupero della FEVS Prenotato da case manager.	Ambulatorio cardiopatia ischemica Ospedale SSP/SFN	Relazione clinica Ricette dematerializzate per prescrizione esami e visite di FU	Recuperare FEVS
---	--	---	---	-----------------

Procedura per l'impianto del defibrillatore

Il Paziente che dovrà essere valutato per l'impianto del defibrillatore verrà inviato dal cardiologo ospedaliero all'Ambulatorio Cardiopatia ischemica SS/SFN Sala di Emodinamica e Radiologia.

Se il paziente è stato valutato dal cardiologo del territorio, verrà valutato dal cardiologo ospedaliero per l'invio all'Ambulatorio Cardiopatia ischemica SS/SFN Sala di Emodinamica e Radiologia.

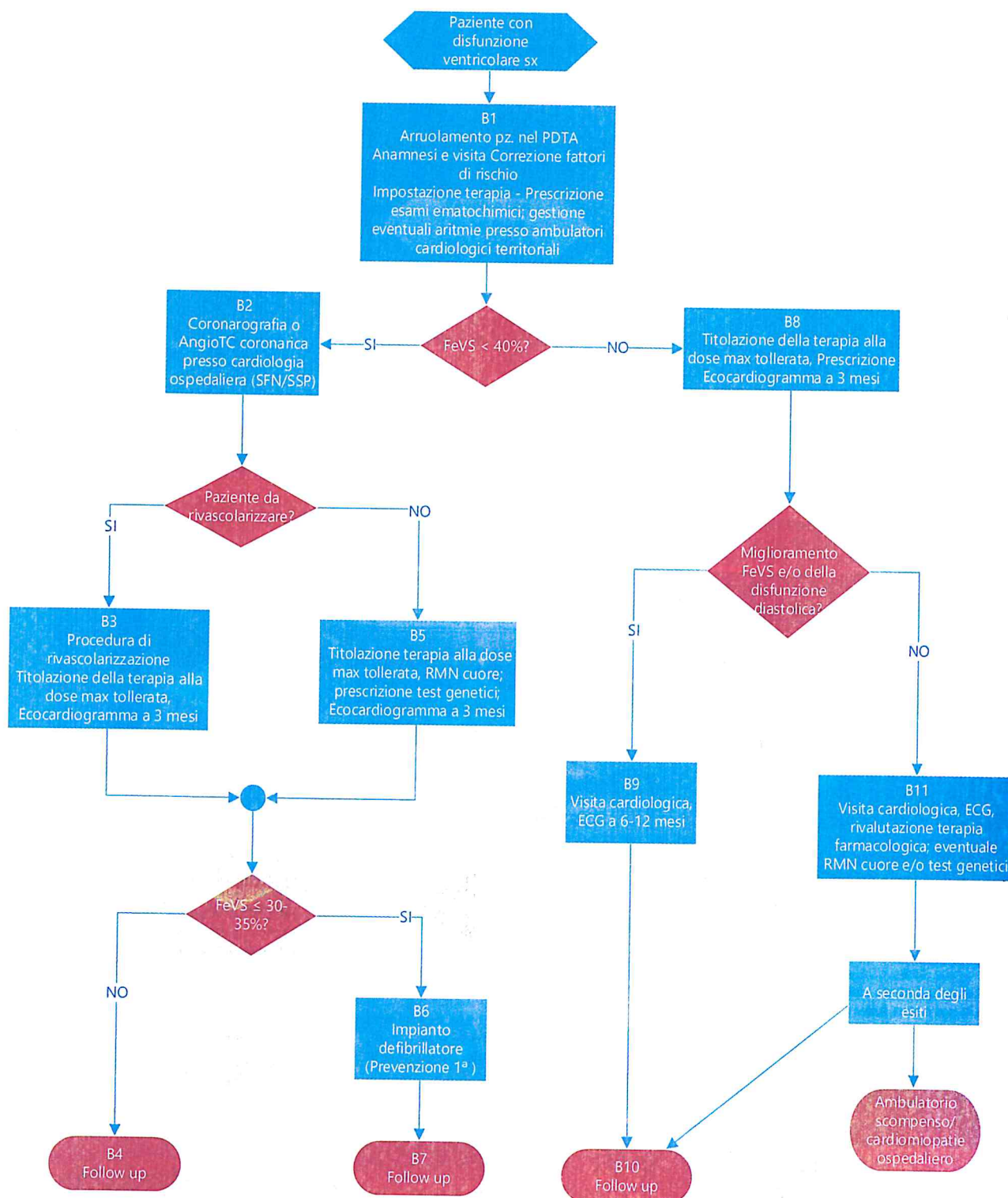
Professionista	Procedura/ Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
Cardiologo ospedaliero Cardiologo territorio	Il cardiologo ospedaliero (SFN/SSP) prenderà contatti con l'ambulatorio cardiologico dell'ospedale (Percorso interno). Invia il paziente al cardiologo ospedaliero SFN/SSP tramite richiesta di prenotazione via email ambulatoriocardiosfn@aslroma1.it oppure ambulatoriocardiossp@aslroma1.it e/o contatto telefonico diretto con l'ambulatorio ospedaliero SSP/SFN.	Reparto Cardiologi a SSP/SFN		

INFERMIERE ARITMOLOGIA	<p>Accoglie il paziente e acquisisce la documentazione clinica necessaria alla ricostruzione della storia clinica cardiologica: rileva parametri vitali, effettua ECG.</p> <p>Stampa e mette in cartella clinica informativa e consenso relativo alla procedura da eseguire.</p> <p>Collabora con il cardiologo.</p> <p>Dopo la visita spiega al paziente modalità e tempi delle procedure che saranno eseguite nella stessa mattina.</p>	Ambulatorio cardiologico Ospedale SSP/SFN	<p>Cartella clinica di PO</p> <p>Check list integrata</p>	Preparare il paziente all'intervento
CARDIOLOGO ARITMOLOGO	<p>Valuta documentazione del paziente (esami ematici-visita cardiologica-ECG- visita anestesiológica se effettuata); informa il paziente sulla procedura di impianto sia con modulo informativo che con successivo colloquio e acquisisce il consenso informato; inserisce il paziente in lista d'attesa; esegue l'impianto in anestesia locale.</p> <p>Il giorno successivo all'impianto effettua il controllo del device e della tasca, arruola il paziente per il monitoraggio in remoto su piattaforma dedicata previo consenso informato, e fornisce al paziente il trasmettitore.</p>	Ambulatorio Cardiopatia ischemica SS/SFN Sala di Emodinamica e Radiologia	<p>Referto cardiologico con ECG.</p> <p>Referto anestesiológico</p> <p>Consenso informato</p>	Prevenzione della morte improvvisa
CARDIOLOGO OSPEDALIERO	<p>Prescrive profilassi antibiotica preoperatoria, ricovera il paziente e lo segue nelle fasi di pre e post impianto fino alla dimissione.</p> <p>Fissa appuntamento di controllo post dimissione a cui seguirà il F.U. in presenza secondo giudizio clinico del cardiologo aritmologo e l'appuntamento in agende dedicate.</p>	Reparto Cardiologia SSP/SFN	<p>Cartella clinica/ Lettera di dimissione</p> <p>Ricette dematerializzate per richiesta esami e per visite di F.U. Cardiologico.</p>	Prevenire eventuali infezioni legate all'assistenza, ottimizzare la terapia

A seguito della terapia/procedura effettuata, si possono verificare due situazioni:

- A) Paziente con miglioramento della funzione ventricolare sx potrà essere preso in carico dal cardiologo del territorio;**
- B) Paziente senza miglioramento della funzione ventricolare sx, rimarrà in carico al cardiologo ospedaliero.**

Flow chart Valutazione clinica- Soggetti Stadio B



MATRICE DELLE RESPONSABILITA' STADIO C

Paziente non noto e/o senza trattamento specifico

Professionista	Procedura/Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
MMG	<p>Visita il paziente, valuta segni e sintomi ed eventuale terapia in corso; richiede TRAMITE COT DI DISTRETTO Visita cardiologica ed ECG c/o cardiologia territoriale di 2° livello per eventuale PAC Diagnostico scompenso o PAC infusionale e invia</p> <p>In caso di paziente non ambulabile, con comorbidità, per il quale necessita terapia infusionale non in bolo, ECG e Holter, attiva l'assistenza domiciliare integrata (ADI) inviando la Scheda Unica di Segnalazione (SUS) all'indirizzo email apic17@aslroma1.it oppure a cad1@aslroma1.it</p>	Ambulatorio MMG/ambulatorio territoriale	<p>Ricetta per visita cardiologica ed ECG</p> <p>Richieste visite specialistiche</p> <p>Scheda Unica di Segnalazione (SUS)</p>	Evitare l'instabilizzazione del paziente
CARDIOLOGO TERRITORIO	<p>Visita il paziente e referta l'ECG, esegue controllo della terapia medica, richiede e/o esegue esami diagnostico strumentali, se necessario, attiva PAC e decide se il paziente può essere seguito in ambito ambulatoriale (MMG o Ambulatorio cardiologico di prossimità) oppure essere affidato al cardiologo ospedaliero.</p> <p>Prescrive eventuali visite specialistiche in relazione alle comorbidità presenti e certifica l'esenzione per patologia</p>	Ambulatorio territoriale	<p>Relazione clinica,</p> <p>Ricette dematerializzate per prescrizione esami, prestazioni specialistiche e visite di FU attraverso COT distrettuali (riferimenti)</p>	Stratificazione e prognostica

			email tabella 4).	
INFERMIERE AMBULATORIO INFERMIERISTICO DEDICATO	Riceve email e programma appuntamento in agende dedicate rep PDTA scompenso cardiaco. Accoglie il paziente rileva i parametri fisiologici, esegue counselling verifica corretta assunzione farmaci, autocontrollo e corretto stile di vita, attua nei confronti del paziente e del caregiver la terapia educativa al riconoscimento di segni e sintomi di peggioramento della malattia. Programma incontri periodici successivi, EROGA QUESTIONARI SULLA QUALITA' DELLA VITA (ALLEGATO 6)	Ambulatorio infermieristico Struttura cardiologica	ECG, Registro Counselling, Modulistica PAC	Ottimizzare piano di cura e migliorare qualità di vita del paziente
CARDIOLOGO OSPEDALIERO	In assenza di cardiopatia ischemica, per individuare l'eziologia, richiede RMN cuore ed eventuali test genetici. Il cardiologo dell'Ambulatorio scompenso stima l'entità delle eventuali valvulopatie e pone indicazione a correzione.	Ospedale SSP/SFN	Relazione clinica Prescrizione visita genetica con ricetta dematerializzata ("Prima visita genetica") per test genetici e/o RMN	Individuazione etiologica

Paziente con scompenso stabile (PERSISTENTE)

Professionista	Procedura/Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documenta- zione prodotta/ Allegati	Obiettivi/ traguardi sanitari
MMG	Visite periodiche (circa ogni 6 mesi) o telemonitoraggio non invasivo dei parametri attraverso piattaforma software dedicata. Se il paziente presenta sintomi di instabilità, richiede esami ematochimici ed eventuale visita cardiologica	Ambulatorio MMG/ambulatorio territoriale	Eventuale prescrizione pervisita cardiologica ed esami ematochimici	Intercettare il paziente a rischio di instabilizzazione
CARDIOLOGO TERRITORIO	Visite periodiche (ogni 4-6 mesi, e revisione terapia medica secondo andamento clinico, compliance, valuta es. ematochimici o li prescrive, valuta necessità ecocardiogramma o altri esami strumentali. Prescrive terapia riabilitativa AMBULATORIALE PRESSO SSP (RICHIEDE INTERVENTO TRAMITE MAIL) ambulatoriale con apposito modello	Ambulatori cardiologici diprossimità	Referto ECG, relazione clinica, prescrizione dematerializzata per esami ed eventuali visite specialistiche	Mantenere stabilità clinica del paziente Evitare ricoveri ospedalieri

CARDIOLOGO RIABILITATORE	<p>Visiona la documentazione clinica del paziente e stabilisce il programma riabilitativo e decide il regime più adeguato (Ambulatoriale o PAC). Se necessario, prescrive esami mancanti; coordina l'equipe riabilitativa, supervisiona il programma individuale di allenamento del paziente. Organizza incontri di gruppo psicoeducazionali.</p> <p>Redige la relazione finale del programma riabilitativo</p>	<p>Palestra di riabilitazione cardiologica SSP (LUN, MERCOL, VEN DALLE ORE 9 ALLE ORE 13, MARTEDI' E GIOVEDI' DALLE ORE 9 ALLE 11)</p>	<p>Cartella riabilitativa integrata</p>	<p>Migliorare la compliance terapeutica e la qualità della vita</p> <p>Ridurre il tasso di Ospedalizzazione</p> <p>Migliorare la capacità fisica</p>
INFERMIERE RIABILITAZIONE	<p>Prende in carico le richieste pervenute, accoglie il paziente, compila la parte anagrafica della scheda riabilitativa, acquisisce tutta la documentazione clinica esistente e inserisce il paziente nel gruppo specifico del programma riabilitativo, consegna nota informativa e successivamente contatta il pz per l'avvio della riabilitazione e concorda per l'appuntamento col gruppo di accoglienza psicologica.</p> <p>Alla prima seduta riabilitativa: accoglienza, rilevamento parametri vitali ed eventuale inserimento in cartella dei referti di esami effettuati.</p> <p>Controlla i parametri vitali durante l'allenamento all'endurance</p>	<p>Palestra di riabilitazione cardiologica Presidio SSP</p> <p>LUN, MERCOL, VEN DALLE ORE 9 ALLE ORE 13, MARTEDI' E GIOVEDI' DALLE ORE 9 ALLE 11</p>	<p>Cartella riabilitativa integrata</p>	<p>Mantenere la stabilità del paziente e migliorare qualità di vita</p>

FISIOTERAPISTA	<p>Nella 1ª seduta, sulla base dei dati clinici e del test del cammino e/o cardiopolmonare e/o test da sforzo, definisce qual è il target allenante all'endurance. Valuta i fattori condizionanti l'attività motoria e, attraverso la scala di Borg, la percezione della fatica e della dispnea.</p> <p>Guida le sedute riabilitative secondo un programma che preveda sia il training all'endurance che attività volte a migliorare le competenze motorie, come coordinazione ed equilibrio</p>	<p>Palestra riabilitazione cardiologica</p> <p>SSP</p> <p>LUN, MERCOL, VEN DALLE ORE 9 ALLE ORE 13, MARTEDI' E GIOVEDI' DALLE ORE 9 ALLE 11</p>	Cartella clinica integrata	Migliorare/ mantenere la tolleranza allo sforzo
-----------------------	--	---	----------------------------	---

IMPIANTO DI CRT / CRT-D

Professionista	Procedura/Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
CARDIOLOGO TERRITORIO	Visita il paziente e referta l'ECG, valuta Ecocardiogramma e terapia medica. Valuta le caratteristiche cliniche del paziente al fine di un eventuale impianto di dispositivo per la resincronizzazione cardiaca o di altri dispositivi idonei al miglioramento della classe funzionale	Ambulatorio cardiologico territorio	Relazione clinica Richiesta all'ospedale di riferimento per impianto CRT/CRTD	Miglioramento funzione cardiaca, sintomi, mortalità e morbidità
CARDIOLOGO ARITMOLOGO	SE IMPIANTATO CRT – CRT-D (SI VEDA SOPRA LA FASE OSPEDALIERA) Controllo telemetrico del device, una volta l'anno in presenza. Monitoraggio e controllo in remoto del device; a fronte di alert il pz viene convocato in presenza.	Ambulatorio Aritmologico (TUTTI I GIORNI DALLE 8.30 ALLE 13.30) SSP e SFN	Referto cartaceo in presenza e remoto repositorydedicato.	Monitoraggio attivo del pz. nel suo percorso di cura

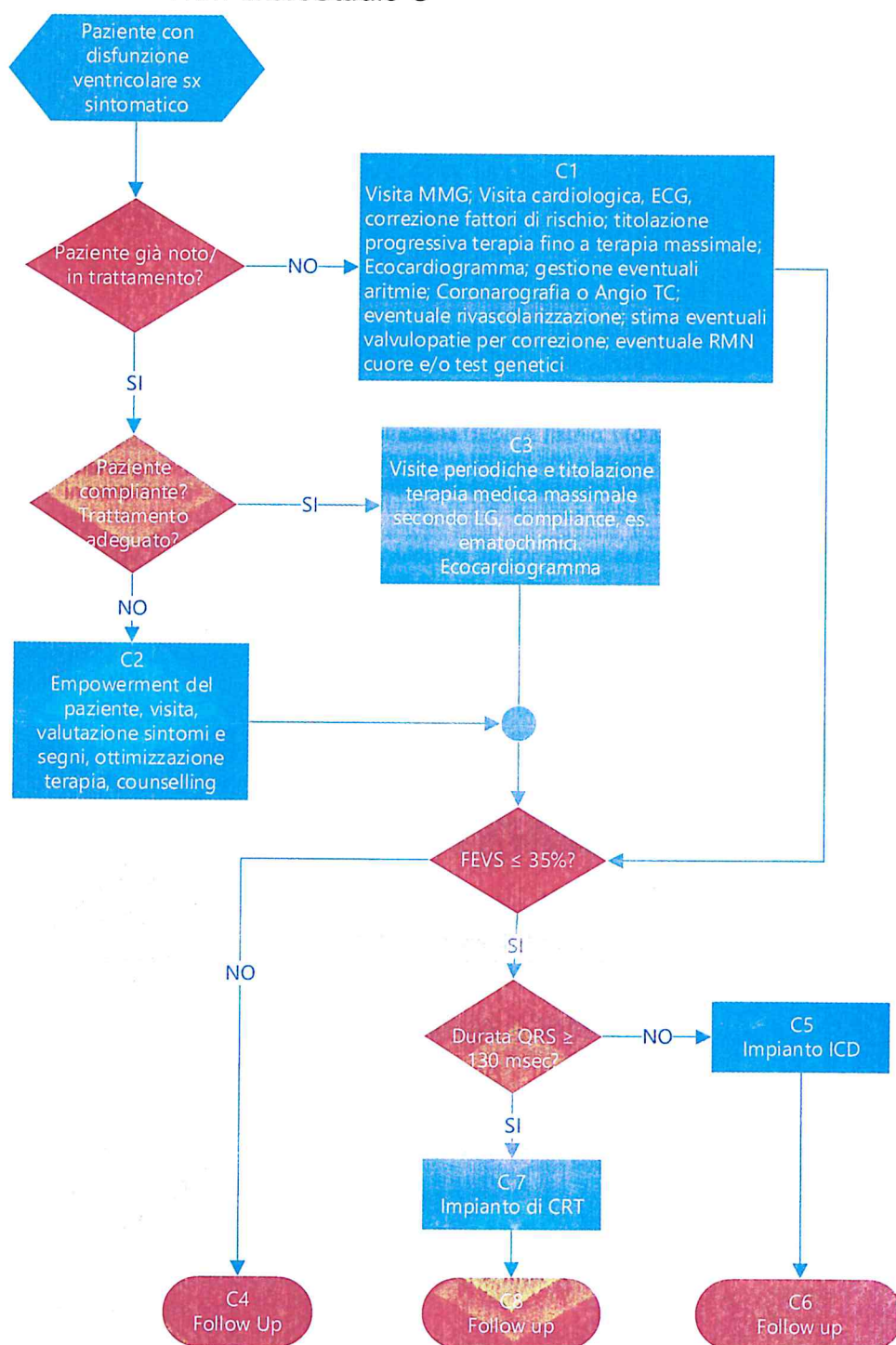
Follow up

Professionista	Procedura/Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta/ Allegati	Obiettivi/trag uardi sanitari
INFERMIERE	Accoglie il paziente, rileva i parametri vitali, effettua ECG	Ambulatori cardiologici territoriali	Cartella integrata	Favorire l'individuazione dei pz non responder
CARDIOLOGO TERRITORIO	Rivaluta il pz entro 3 mesi dall'impianto con visita, ECG ed Ecocardiogramma Se il paziente è <i>Responder</i> prosegue il FU come da programma; se <i>Non Responder</i> viene inviato al cardiologo aritmologo per eventuale ottimizzazione dei parametri di stimolazione	Ambulatori cardiologici territoriali	Relazione clinica Prescrizione ricetta dematerializzata per visita cardiologica di controllo. Se non responder impegnativa dematerializzata per programmazione del pacemaker	Individuazione precoce pazienti non responder

Flow chart Valutazione clinica- Soggetti Stadio C

Lo stadio C a seconda della gravità può essere gestito dal cardiologo territoriale o ospedaliero

Flow chart Stadio C



MATRICE DELLE RESPONSABILITA' STADIO D

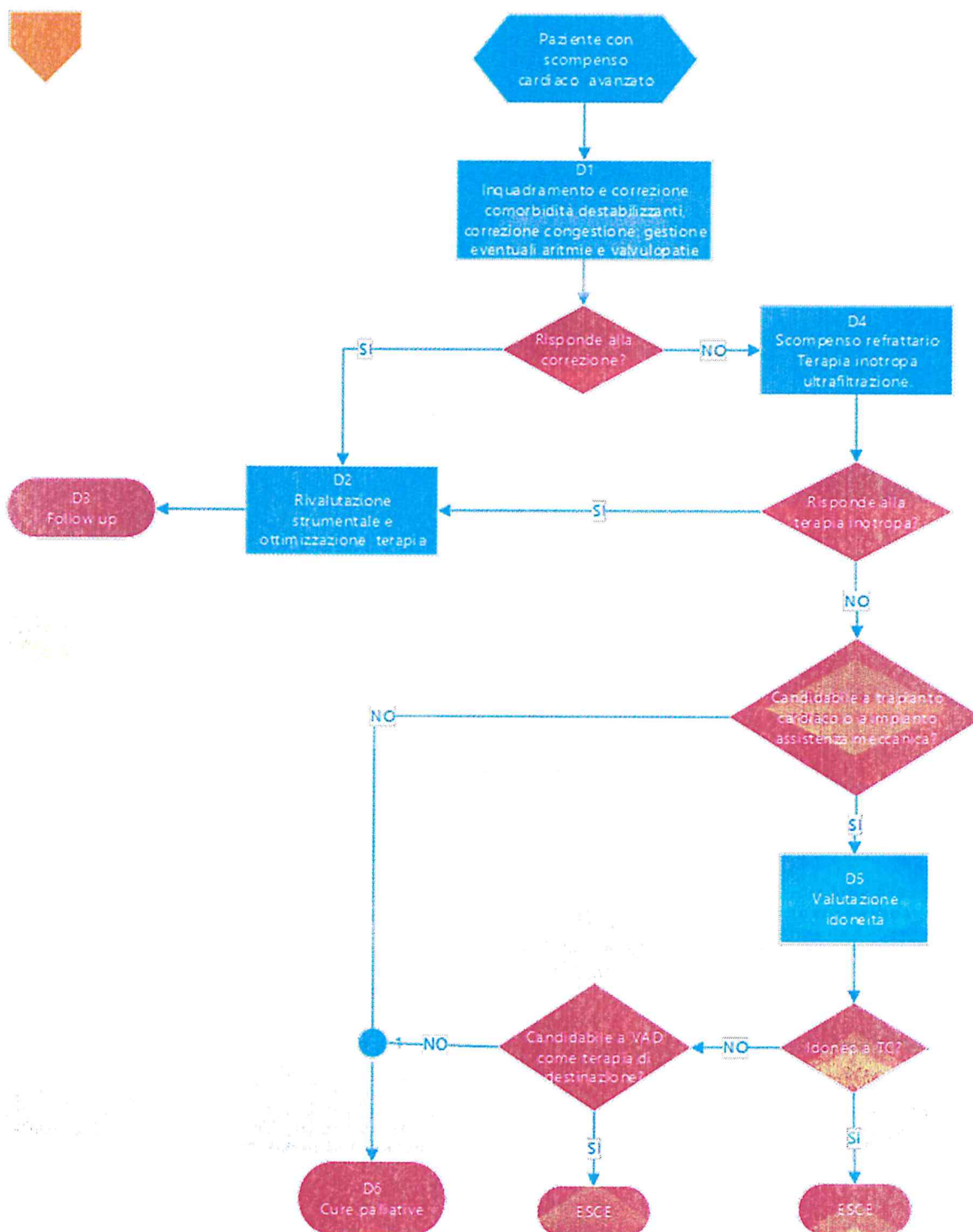
D1 Inquadramento e correzione comorbidità destabilizzanti

Professionista	Procedura/ Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
CARDIOLOGO TERRITORIO	Valuta il grado di instabilità del pz e, di conseguenza, organizza il percorso più appropriato che può prevedere il PS per i casi più gravi o l'ambulatorio cardiologico dedicato nei casi subacuti (via MAIL ALL'AMBULATORIO SCOMPENSO). Certifica l'esenzione per patologia	Ambulatori cardiologici territoriali	Relazione clinica Ricette dematerializza te per richiesta esami, visite specialistiche e visite di FU	Precoce individuazione della instabilizzazione del paziente per la riduzione dei ricoveri ordinari
INFERMIERE TERRITORIO	Acquisisce MAIL contatta il pz per l'appuntamento. Accoglie il pz e acquisisce la documentazione clinica, consegna l'informativa e spiega al paziente l'iter diagnostico terapeutico che farà seguito;	Ambulatorio cardiologico territoriale	Cartella clinica	Organizzare PAC
INFERMIERE OSPEDALIERO	Accoglie il pz e acquisisce la documentazione clinica; rileva i parametri vitali, esegue ECG e prelievo; consegna l'informativa e infonde al pz la terapia prescritta	Ambulatorio cardiologico ospedaliero	Cartella cl	Favorire la stabilizzazione del paziente
CARDIOLOGO OSPEDALIERO	Visita il paziente, referta l'ECG, indaga cause instabilizzazione (mancata compliance alla terapia, infezione, anemizzazione, peggioramento della funzione renale, aritmie, valvulopatie critiche), e coinvolge i relativi specialisti. Esegue Ecocardiogramma. Decide la modalità di trattamento e di decongestione (PAC – DH – RO). Acquisisce Consenso informato e dà indicazioni per la terapia secondo protocolli farmacologici EBM	Ambulatorio cardiologico ospedaliero	Relazione clinica o cartella clinica	Stabilizzare il paziente per evitare il ricovero ordinario

Paziente non idoneo. Cure palliative

Professionista	Procedura/ Evento (cosa fa il professionista)	Sede della prestazione	Documentazione prodotta	Obiettivi/ traguardi sanitari
CARDIOLOGO OSPEDALIERO	<p>Effettua controlli ravvicinati ambulatoriali e, in funzione dello stato clinico generale, opta per ricovero in DH o in reparto o per le cure domiciliari. In quest'ultimo caso, potranno essere richieste secondo i criteri citati nel capitolo "Inquadramento patologia" le cure palliative, tramite apposito modello.</p> <p>In accordo con il pz e/o i familiari, disattiva eventuale defibrillatore</p>	Ambulatorio scompenso/ DH/Reparto cardiologia SS o SFN/domicilio pz	<p>Relazione clinica/Carte clinica</p> <p>Richiesta cure palliative</p>	Garantire qualità di vita del paziente

Flow chart Valutazione clinica- Soggetti Stadio D



RUOLO DEL CARE E DEL CASE MANAGER

Il care e il case manager /infermiere dedicato svolgono un ruolo cruciale all'interno del percorso facilitando il coordinamento tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nel trattamento del paziente. Il care manager, preferibilmente nell'ambito dell'ambulatorio infermieristico, assicura che il paziente riceva un'assistenza integrata e personalizzata, guidandolo nel percorso di cura attraverso una comunicazione continua con medici, infermieri e altri operatori, migliorandone la qualità della vita e ottimizzando le risorse sanitarie. Il case manager può essere considerato come coordinatore di tutto il processo di cura, dall'ammissione alla dimissione. Mentre il care manager è la figura che segue da vicino il paziente monitorandone il percorso clinico. Quindi il case manager gestisce le risorse e coordina, il care manager gestisce la cura del paziente.

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

L'ambulatorio infermieristico affianca l'ambulatorio scempenso occupandosi di tutta una serie di attività che facilitano la continuità assistenziale e contribuiscono al mantenimento della stabilità del paziente con SC. L'infermiere (generalmente anche case manager) effettua varie azioni quali : il counselling finalizzato alla correzione dei fattori di rischio, all'adozione di una dieta e di uno stile di vita adeguato, all'assunzione puntuale della terapia prescritta, all'autocontrollo di alcuni parametri (peso corporeo, diuresi, PA e FC, saturimetria) , a ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale ; fornisce importanti indicazioni ai pazienti con nuova diagnosi di SC con l'ausilio di opuscoli e di materiale informativo ; spiega il significato della politerapia in particolare ai soggetti con scarsa aderenza e suggerisce strategie per migliorare la *compliance* (ad esempio la "flessibilità" dell'assunzione del diuretico) ; controlla i parametri vitali e di laboratorio informando costantemente il medico; valuta periodicamente la qualità della vita del paziente attraverso questionari specifici; supporta il medico durante il periodo di titolazione della terapia; agisce anche attraverso contatti telefonici per verificare l'andamento del FU e intensificare l'attività di counselling ; verifica la correttezza e l'applicazione del PDTA a seconda delle varie fasi della malattia.

TELEMEDICINA

Gli ospedali SS e SFN sono dotati di Servizio di Monitoraggio Remoto che permette un FU integrato con Ambulatorio SC per i pazienti portatori di devices al fine di ottimizzare le risorse. Ulteriori possibilità di monitoraggio possono essere valutati con servizi di telemedicina.

Controllo remoto dei dispositivi impiantabili

Il controllo remoto dei dispositivi impiantabili è una forma di telemedicina che sfrutta la possibilità da parte di dispositivi impiantabili quali pacemaker, defibrillatori, defibrillatori biventricolari, loop recorder e nuovi devices emergenti, di registrare e trasmettere dal domicilio dei pazienti dati inerenti al funzionamento tecnico dei dispositivi stessi e dati relativi allo stato clinico.

Il telemonitoraggio viene effettuato attraverso le differenti piattaforme informatiche messe a disposizione dalle principali case produttrici di devices.

Il controllo remoto dei dispositivi impiantabili permette il monitoraggio continuo del funzionamento del dispositivo e l'individuazione precoce di un eventuale malfunzionamento; la rilevazione di dati diagnostici multiparametrici quali aritmie, terapie erogate dal dispositivo, andamento della FC, attività giornaliera, impedenza toracica ed altri parametri utili per individuare le fasi di riacutizzazione dello SC prima che diventino clinicamente manifeste. Pertanto è uno strumento utile per offrire una assistenza sanitaria più efficace, apportando benefici in termini di miglioramento della qualità di vita, riduzione delle ospedalizzazioni per SC, risparmio di risorse per il paziente e per il servizio sanitario nazionale, riducendo gli accessi in ambulatorio ed evitando visite ed esami non necessari.

TELEVISITA

In linea con il Decreto del Commissario ad Acta N. U00565 del 22/12/2017 "La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa", l'ASL Roma 1 sta implementando il progetto di Televisita in accordo con il "modello organizzativo dei servizi di telemedicina territoriali ed ospedalieri della regione Lazio" pubblicato a luglio 2023 sul BURL.

La Televisita è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza e in tempo reale con il paziente e/o con il caregiver, mediante videochiamata, al fine di supportarne il controllo clinico. Caratteristica necessaria del processo di Televisita è che sia completamente dematerializzato e che le informazioni chiave a garanzia della tracciabilità siano memorizzate, sicure e recuperabili nei sistemi aziendali e regionali in formato elettronico. Essendo la Televisita rivolta a pazienti già noti al medico, per averli in precedenza visitati almeno una volta, lo SC rappresenta un campo di applicazione ideale soprattutto per quei soggetti che necessitano di essere rivalutati e monitorati frequentemente o che hanno difficoltà a recarsi presso le strutture ambulatoriali. Nel corso della videochiamata sanitaria il cardiologo può ottenere informazioni sullo stato di salute del paziente attraverso la raccolta di anamnesi, parametri non invasivi (ad es. peso, PA, FC, saturimetria), e dati e/o immagini derivanti da esami ematici/strumentali eseguiti. L'atto sanitario di diagnosi, che scaturisce dalla visita, può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure, oltre che al referto medico. Nella ASL Roma 1 la Televisita nello SC è in fase di attivazione.

CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

La rete cardiologica del PDTA scompenso si avvale dell'ausilio di una cartella clinica cardiologica informatizzata, attualmente già attiva presso il PO Santo Spirito, NRM e ambulatorio infermieristico del III distretto, in corso di implementazione al SFN e negli ambulatori cardiologici territoriali al momento della stesura del presente documento.

Nello specifico la piattaforma informatica utilizzata è MEDarchiver cardiology WEB.

INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO PER IL MONITORAGGIO DEL PDTA

Obiettivo	Indicatore	Fonte	Target	Frequenza	Responsabile
Appropriatezza organizzativa	Numero assistiti che effettuano Ecocardiogramma color doppler a riposo entro 3 settimane dalla richiesta/ numero richieste ecocardiogramma	Agende dedicate informatizzate	70%	Semestrale	Responsabile del PDTA
Efficacia organizzativa	N. pazienti inseriti nel PDTA che effettua almeno una visita cardiologica annuale/ N. pazienti inseriti nel PDTA	SIAS	100%	Semestrale	Responsabile del PDTA
Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco	N. pazienti ricoverati con diagnosi principale di scompenso cardiaco (in assenza di procedure cardiache)	PReValE	1,82 x 1000	Annuale	Responsabile del PDTA
Mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di primo accesso.	PReValE	11,1 %	Annuale	Responsabile del PDTA
Riammissioni a 30 giorni dal ricovero (data di dimissione) per scompenso cardiaco	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco con riammissione entro trenta giorni dalla data di dimissione.	PReValE	13,4 %	Annuale	Responsabile del PDTA

Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

<p>PDTA 03</p>	<p>Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (con ACE inibitori o sartani; con beta-bloccanti) come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)</p>	<p>L'indicatore misura l'aderenza al trattamento farmacologico nei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco individuati secondo il manuale PDTA del Ministero della salute. La copertura con i farmaci adeguati consente di verificare l'omogeneità dell'offerta della cura farmacologica dello scompenso cardiaco. L'aderenza al trattamento farmacologico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.</p>
<p>PDTA 04</p>	<p>Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)</p>	<p>L'indicatore consente di valutare una componente dell'adeguatezza della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco. L'aderenza al controllo ecografico si associa a una riduzione del rischio di re-ospedalizzazione dopo la diagnosi e/o del rischio di morte.</p>

I RIFERIMENTI NORMATIVI

Implementazione del Presidio Nuovo Regina Margherita di Roma: sperimentazione del modello Casa della Salute – ASL Roma 1” (Determinazione Regione Lazio 21 marzo 2018 n. G03510)

Determinazione 14 novembre 2022, n. G15643 Gruppo di lavoro regionale sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA del paziente con Scompenso Cardiaco. Istituzione e nomina componenti.

Determinazione 16 febbraio 2023, n. G02015 Modifica determinazione n. G15643 del 14 novembre 2022 "Gruppo di lavoro regionale sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA del paziente con Scompenso Cardiaco". Integrazione nomine componenti.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC Authors/Task Force Members: Theresa A. McDonagh* (Chairperson) (United Kingdom), Marco Metra* (Chairperson) (Italy), Marianna Adamo (Task Force Coordinator) (Italy), Roy S. Gardner (Task Force Coordinator) (United Kingdom), Andreas Baumbach (United Kingdom), Michael Bohm (Germany), Haran Burri (Switzerland), Javed Butler (United States of America), Jelena Celutkiene (Lithuania), Ovidiu Chioncel (Romania), John G.F. Cleland (United Kingdom), Andrew J.S. Coats (United Kingdom), Maria G. Crespo-Leiro (Spain), Dimitrios Farmakis (Greece), Martine Gilard (France), Stephane Heymans Eur Heart J, 2021 Sep 21;42(36):3599-3726
2. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al European Heart Journal (2023) 44, 3627–3639
3. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC.
4. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al Eur Heart J. 2016 Jul 14;37(27):2129-2200.
5. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC). Marx N, Federici M, Schütt K European Heart Journal (2023) 44, 4043–4140
6. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al Circulation. 2022;145: e895–e1032.

7. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)
8. Frank LJ Visseren, François Mach, Yvo M Smulders, David Carballo, Konstantinos C Koskinas, Maria Bäck, Athanase Benetos, Alessandro Biffi, José-Manuel Boavida, Davide Capodanno et al European Heart Journal, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, Pages 3227–3337 Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, Pages 3227–3337
9. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al European Heart Journal (2024) 00, 1–107
10. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Mach F., Baigent C., Catapano A. L. et al European Heart Journal (2020) 41, 111 – 188 2020 Jan 1;41(1):111-188
11. Documento di consenso ANMCO/SIC. La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell’assistenza ambulatoriale. Aspromonte N, Gulizia MM, Di Lenarda A. et al G Ital Cardiol 2016;17(7):570-593
12. Consensus Conference su Modelli Gestionali dello Scompenso Cardiaco (documento dell’Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO 2006). G Ital Cardiol 2006; 7: 387-432
13. Decreto del Commissario ad Acta 7 ottobre 2015, n° U00474 “Linee di indirizzo per la gestione territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo”
14. Decreto del Commissario ad Acta N. U00565 del 22/12/2017 Presa d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto" La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa."
15. Ministero della Salute. Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali. Gennaio 2014
16. Conferenza Stato-Regioni “Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina” del 17/12/2020
17. DM 23/05/2022 «definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
18. DM 30/09/2022 «procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale».
19. DM29 aprile 2022 e 02 novembre 2022 «Approvazione lineeguida per i servizi di telemedicina- Requisiti funzionali e livelli di servizio».
20. Determina Regione Lazio G06419 del 11 maggio 2023 «PNRR: Sub investimento 1.2.3.2 ‘servizi di Telemedicina’ presa d’atto del Piano Operativo Regione Lazio»
21. BURL 53 del 04/07/2023: «modello organizzativo dei servizi di telemedicina territoriali ed ospedalieri della regione Lazio».
22. Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021.
23. Decreto del Commissario ad Acta 5 Luglio 2017, n° U00256 Criteri eleggibilità cure domiciliari e livelli di intensità assistenziale
24. Ministero della Salute. Piano nazionale della cronicità. Anno 2016
25. Antonione R et al. G. Documento di consenso sulle cure palliative in ambito cardiologico a cura del Gruppo di Lavoro congiunto della Società Italiana di Cardiologia (SIC) e della Società Italiana di Cure Palliative (SICP). Ital Cardiol, Vol 20, Gennaio 2019

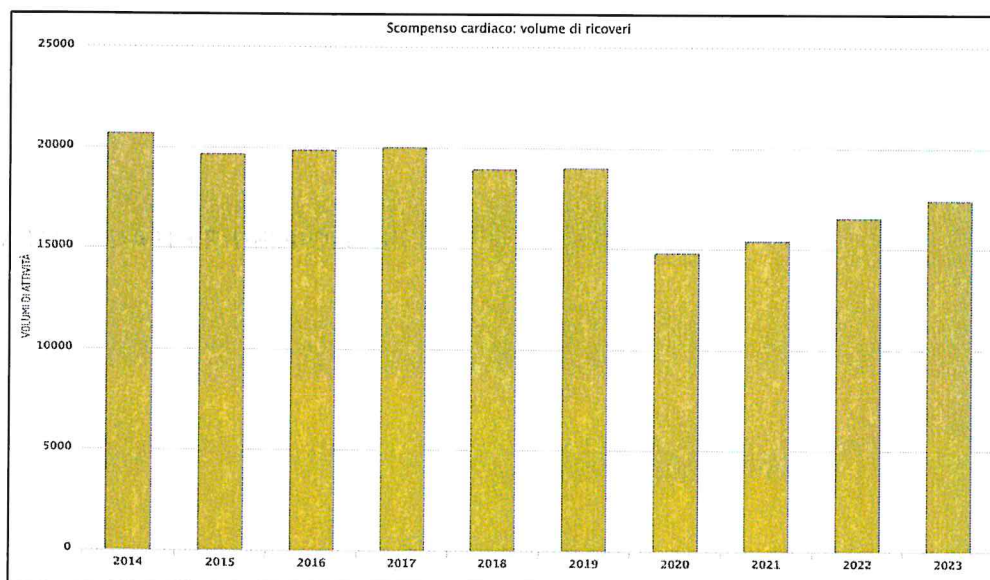
26. Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? "documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura. Aprile 2013
27. Programma Nazionale Esiti - PNE 2018
28. Programma Regionale Valutazione degli Esiti (P.Re.Val.E.). 2024 per 2023
29. OpenSalute Lazio, dati epidemiologici 2022

ALLEGATO 1: DATI EPIDEMIOLOGICI

SEZIONE 1 - Volume di ricoveri ospedalieri per Scompenso Cardiaco

1 a- Volume di ricoveri ospedalieri per Scompenso Cardiaco nel Lazio

Sulla base del Programma Regionale di Valutazione degli Esiti (P.Re.Val.E. edizione 2024, dati 2023) nella regione Lazio, nel 2023 il numero dei ricoveri (residenti e non residenti nel Lazio) con diagnosi principale di scompenso cardiaco (SC) è pari a 17418, in moderato aumento rispetto al triennio 2020-2022, nel quale si era osservata una netta riduzione rispetto agli anni precedenti (Figura 1).



1b- Volume di ricoveri ospedalieri per Scompenso Cardiaco nella ASL Roma 1

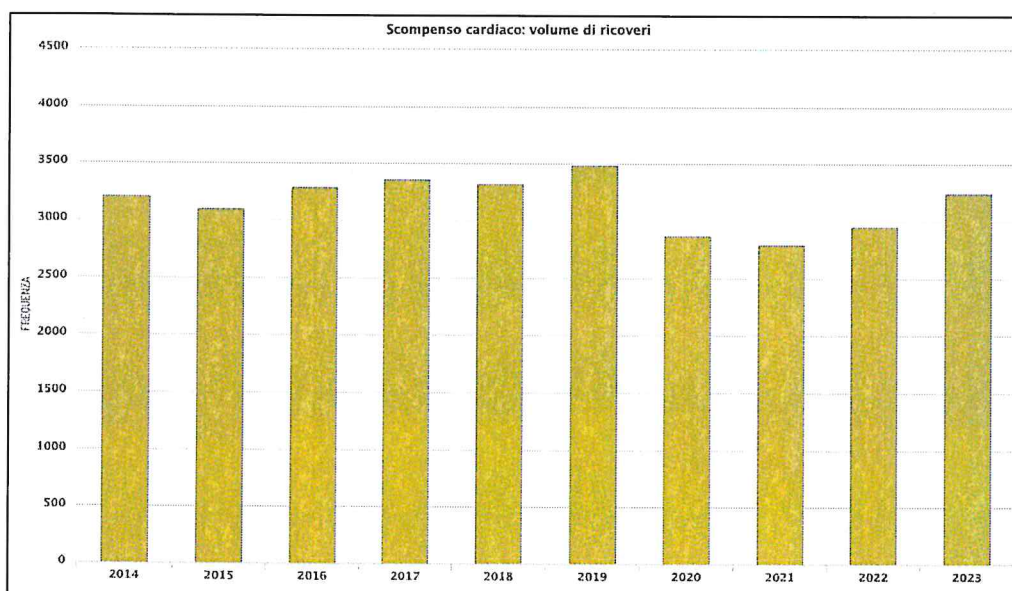
Nella ASL Roma 1 risiedono 994.000 individui, di cui 241.772 (24,3%) di età maggiore di 65 anni (fonte OpenSalute Lazio, dati ISTAT 2023).

Il volume totale di ricoveri per SC tra i residenti della ASL Roma 1 nel 2023 è stato di 3244; si osserva un lieve aumento nel 2023 rispetto ai 3 anni precedenti (**Tabella 1 e Figura 2**).

Tabella 1 - Volume di ricoveri per scompenso cardiaco, per ASL di residenza, anno 2023.

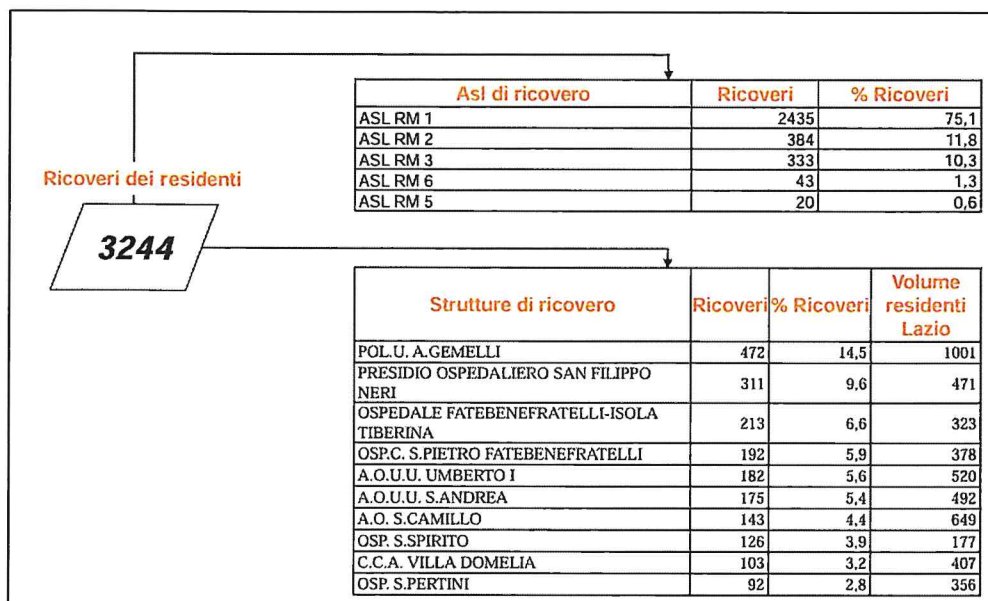
ASL	N (n/N)
LAZIO	16613
ASL RM 1	3244
ASL RM 2	3923
ASL RM 3	1473
ASL RM 4	854
ASL RM 5	1254
ASL RM 6	1620
ASL VITERBO	801
ASL RIETI	497
ASL LATINA	1575
ASL FROSINONE	1372

Figura 2 – Andamento nel tempo del volume di ricoveri ospedalieri per SC tra i residenti della ASL Roma 1. Anni 2014-2023



Sul totale dei residenti nella ASL Roma 1 ricoverati per SC nel 2023 (n=3244), il 75.1 % (n=2435) si è ricoverato nelle strutture ubicate della ASL Roma1, in particolare il 14.5% al Policlinico Gemelli ed il 9.6% al Presidio Ospedaliero S. Filippo Neri (SFN). La **Figura 3** illustra il flusso dei ricoveri per SC dei residenti nella ASL Roma 1.

Figura 3 - Flusso di ricoveri per scompenso cardiaco dei residenti nella ASL RM 1 -Anno 2023



NB: L'analisi per struttura riporta solo i primi 10 ospedali per frequenza di ricoveri

Il volume di attività per SC (residenti e non residenti Lazio) delle singole strutture ubicate nel territorio della ASL Roma 1 per l'anno 2023 è illustrato nella **Tabella2**.

Tabella 2 – Volume di attività per SC nelle strutture ubicate nel territorio della ASL Roma 1

STRUTTURA	N(n/N)
Lazio	17418
Pol,U, A,Gemelli	1137
A,O,U,U, Umberto I	565
A,O,U,U, S,Andrea	505
P, O, S, Filippo Neri	480
C,C,A, Villa Domelia	412
IRCCSpr Bambino Gesu'	402
Osp,C, S,Pietro Fatebenefratelli	393
Ospedale Fatebenefatelli-Isola Tiberina	341
Osp, S,Spirito	191
C,C,A, Villa Tiberia Hospital	183

NB: L'analisi per struttura riporta solo i primi 10 ospedali per frequenza di ricoveri

SEZIONE 2 – Riammissioni ospedaliere e mortalità dopo ricovero per Scompenso Cardiaco Congestizio (SCC)

2 a - Riammissioni ospedaliere e mortalità dopo ricovero per Scompenso Cardiaco Congestizio (SCC) nel Lazio

L'indicatore "Riammissioni per SC a 30 giorni dalla dimissione per Scompenso Cardiaco Congestizio (SCC)" è calcolato sulla popolazione dimessa con diagnosi di SCC, età 18+ anni, residenti nel Lazio, applicando specifici criteri di inclusione/esclusione (vedi *Protocollo Prevale 2024*). Il numero di pazienti residenti nel Lazio dimessi con diagnosi di SCC considerati nel calcolo delle riammissioni a 30 giorni è pari a 9384, nel 2023. La proporzione di riammissioni ospedaliere a 30 giorni dopo ricovero per SCC è del 13,61%, sostanzialmente stabile rispetto al 2022, mentre la mortalità a 30 giorni dalla data di primo accesso nella struttura ospedaliera che ha ricoverato il paziente è risultata pari a 10,75%, in riduzione rispetto all'anno precedente (**Figura 4 e Figura 5**).

Figura 4 - Andamento nel tempo delle riammissioni ospedaliere a 30 giorni dalla dimissione per SCC. Lazio, anni 2014-2023

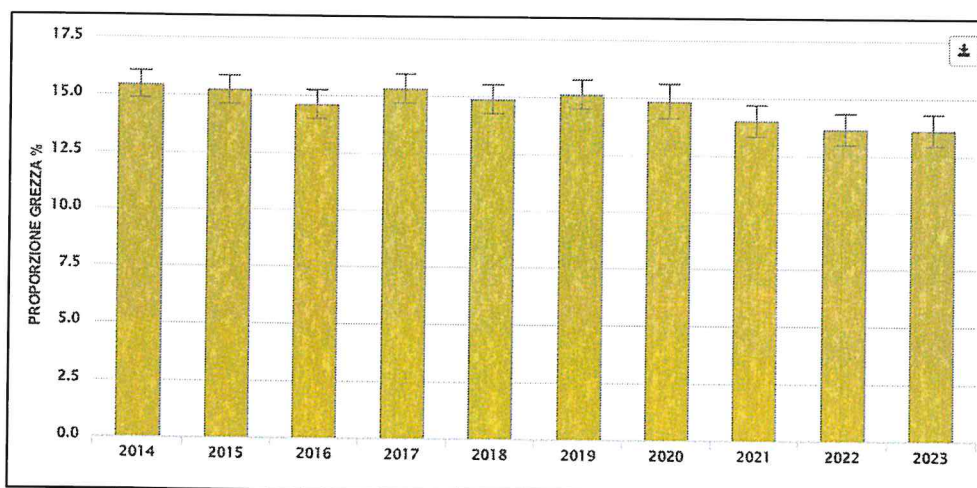
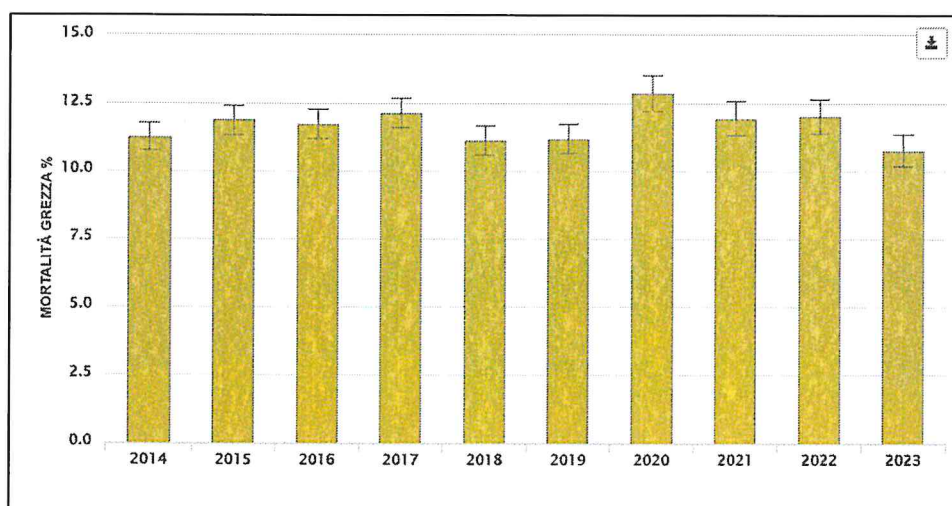


Figura 5 – Andamento nel tempo della mortalità a 30 giorni dalla data di primo accesso in struttura ospedaliera per SCC. Lazio, anni 2014-2023

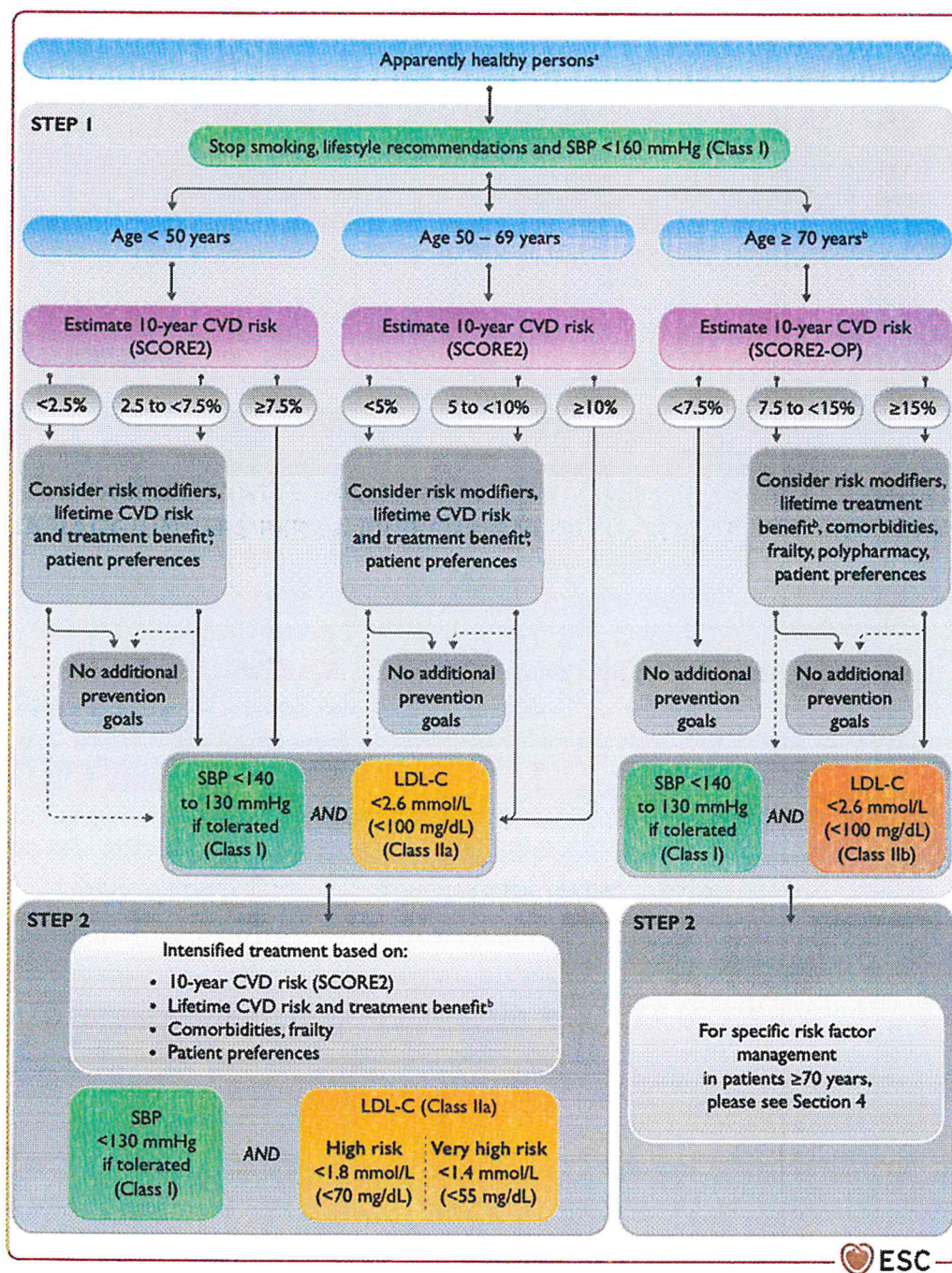


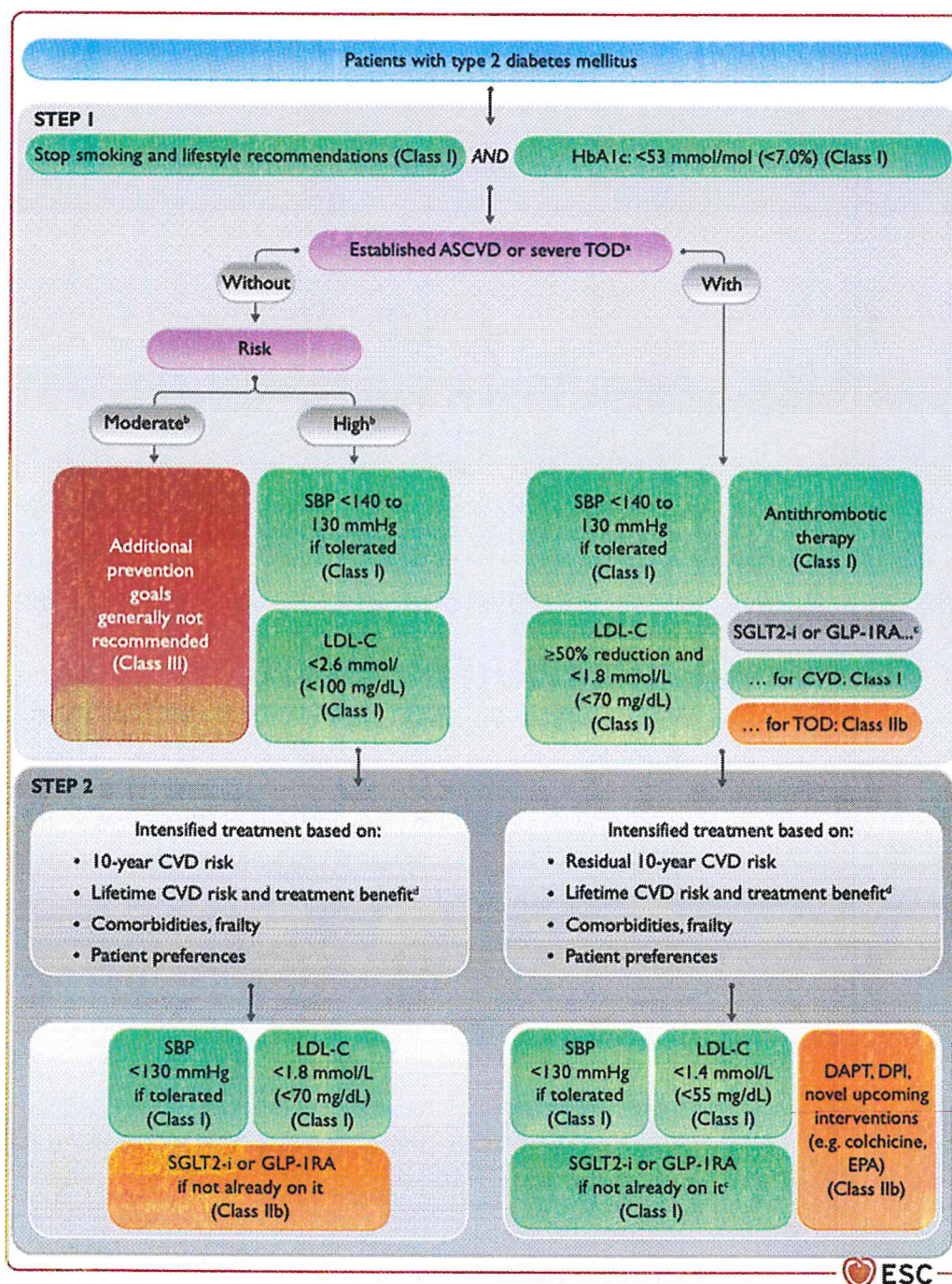
2 b - Riammissioni ospedaliere e mortalità dopo ricovero per Scompenso Cardiaco Congestizio (SCC) nella ASL Roma 1

Il numero di pazienti residenti nella ASL Roma 1 dimessi con diagnosi di SCC nel 2023 è pari a **1733**. Le riammissioni a 30 giorni sono state 11,71 %, significativamente inferiori rispetto alla media regionale pari a 13.6%, ($p=0.025$). La mortalità a 30 giorni dalla data di primo accesso nella struttura di ricovero è stata del 10,02 %, lievemente inferiore alla media regionale pari a 10,75 %, ($p=0.348$).

Le tabelle che seguono mettono a confronto i dati epidemiologici relativi alle riammissioni ospedaliere ed alla mortalità a 30 giorni dopo ricovero per SCC nella ASL Roma 1 rispetto alle altre ASL del Lazio (**Tabella 3 e Tabella 4**).

ALLEGATO 2: LE TABELLE TRATTE DALLE PIÙ RECENTI LLGG ESC CHE RIASSUMONO GLI OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI.







Blood pressure classification

Non-elevated blood pressure	Elevated blood pressure	Hypertension
Office BP SBP <120 mmHg and DBP <70 mmHg	Office BP SBP 120–139 mmHg or DBP 70–89 mmHg	Office BP SBP ≥140 mmHg or DBP ≥90 mmHg
HBPM SBP <120 mmHg and DBP <70 mmHg	HBPM SBP 120–134 mmHg or DBP 70–84 mmHg	HBPM SBP ≥135 mmHg or DBP ≥85 mmHg
ABPM Daytime SBP <120 mmHg and Daytime DBP <70 mmHg	ABPM Daytime SBP 120–134 mmHg or Daytime DBP 70–84 mmHg	ABPM Daytime SBP ≥135 mmHg or Daytime DBP ≥85 mmHg
Insufficient evidence confirming the efficacy and safety of BP pharmacological treatment	Risk stratify to identify individuals with high cardiovascular risk for BP pharmacological treatment	Cardiovascular risk is sufficiently high to merit BP pharmacological treatment initiation
The diagnosis of hypertension and elevated BP requires confirmation using out-of-office measurements (HBPM or ABPM) or at least one additional subsequent office measurement		



Nei soggetti in stadio A (punti 1-5) si raccomanda la ripetizione periodica, ogni 12 mesi, dell'ECG. In questi soggetti l'utilizzo dei peptidi natriuretici (PN), in relazione al potenziale grado di coinvolgimento cardiaco e alla presenza di più fattori in associazione, può guidare la selezione appropriata del paziente da inviare a screening ecocardiografico.

Lo **screening ecocardiografico periodico** è raccomandato in prima istanza per i soggetti in stadio A:

- con anamnesi familiare di cardiomiopatia, con ripetizione dell'esame in caso di negatività ogni 3-5 anni dall'età di 15-18 anni fino a 40-50 anni;
- esposti a farmaci antiblastici cardiotossici o a radioterapia toracica, in cui la periodicità dell'ecocardiogramma sarà dettata dalla coesistenza di altri fattori di rischio e dal tipo, dosaggio, protocollo di trattamento chemioterapico utilizzato.

Dosaggio dei PN

L'utilità principale dei PN consiste nell'escludere la presenza di SC (elevato valore predittivo negativo di un valore normale di BNP/NT-pro BNP). Livelli normali di PN rendono molto improbabile la diagnosi di SC, mentre livelli elevati devono essere interpretati nel contesto clinico e supportati da segni e sintomi.

In pazienti con sintomi di SC all'esordio della patologia, e quindi senza terapia ottimizzata, i seguenti valori soglia escludono con ragionevole certezza la diagnosi e consentono di non eseguire l'esame ecocardiografico:

- BNP < 35 pg/ml
- NT-pro BNP < 125 pg/ml

Con l'ultima metodica introdotta dalla ASL Roma 1 per il dosaggio di NT- pro BNP, gli intervalli di riferimento e i livelli decisionali vengono modulati per fasce di età come segue:

- per tutte le fasce d'età: <300 pg/ml SC non probabile
- < 50 aa: >450 pg/ml SC possibile
- 50 – 75aa: >900 pg/ml SC possibile
- 75aa: >1800 pg/ml SC possibile.

Durante il FU dei pazienti con SC cronico i PN rappresentano uno degli elementi principali per stratificare la prognosi. La metodica utilizzata deve essere sempre la stessa per poter operare un affidabile confronto intra paziente.

Tabella 3 - Riammissioni ospedaliere a 30 giorni dal ricovero per SCC, per ASL. Lazio, anno 2023.

ASL	N (n/N) ↑↑	% GREZZA ↑↑	% ADJ ↓↓	RR ADJ	P
LAZIO	9384	13.61	-	-	-
ASL VITERBO	497	15.49	15.95	1.17	0.132
ASL RM 4	439	15.95	15.92	1.17	0.159
ASL RM 2	2247	14.91	15.06	1.11	0.047
ASL RM 3	808	14.23	14.47	1.06	0.480
ASL RM 5	681	13.66	13.46	0.99	0.909
ASL RM 6	852	13.38	13.43	0.99	0.879
ASL FROSINONE	891	14.03	13.42	0.99	0.868
ASL RIETI	322	11.80	12.06	0.89	0.432
ASL RM 1	1733	11.71	11.71	0.86	0.025
ASL LATINA	914	11.71	11.50	0.84	0.068

Tabella 4 - Mortalità a 30 giorni dal ricovero per SCC, per ASL. Lazio, anno 2023

ASL	N (n/N) ↑↑	% GREZZA ↑↑	% ADJ ↓↓	RR ADJ	P
LAZIO	10114	10.75	-	-	-
ASL VITERBO	569	15.11	15.54	1.45	0.001
ASL FROSINONE	982	12.53	13.17	1.23	0.024
ASL RM 5	735	11.29	12.21	1.14	0.243
ASL RM 4	483	11.80	12.16	1.13	0.351
ASL LATINA	977	11.26	11.92	1.11	0.279
ASL RM 1	1859	10.76	10.02	0.93	0.348
ASL RIETI	349	10.60	9.74	0.91	0.553
ASL RM 2	2387	9.93	9.56	0.89	0.088
ASL RM 3	873	9.74	9.14	0.85	0.143
ASL RM 6	900	7.67	8.47	0.79	0.047

SEZIONE 3 – Analisi per struttura di ricovero - Riammissioni ospedaliere a 30 giorni e mortalità a 30 giorni dopo ricovero per SCC nel Lazio

Nella **Figura 6** e **Figura 7** sono descritte in forma grafica le proporzioni (*adjusted*) delle riammissioni a 30 giorni dal primo accesso nella struttura di ricovero per SCC e della mortalità a 30 giorni dopo ricovero per SCC nelle strutture del Lazio (anno 2023) dei residenti nel Lazio. I valori corrispondenti alle strutture Santo Spirito e S. Filippo Neri per l'indicatore "*Riammissioni a 30 giorni*", non significativamente diversi dalla media regionale (13,61%), sono i seguenti: 11.70%, p value=0.454 per il Santo Spirito; 12.14%, p value=0.450 per il SFN). I valori corrispondenti alle strutture SS e SFN per l'indicatore "*Mortalità a 30 giorni*" sono inferiori rispetto alla media regionale (10,75%) e sono i seguenti: 4,40%, p value = 0.003 per il SS e 7.57%, p value=0.075 per il SFN).

ALLEGATO 3: STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO PER INVIO ALLA GESTIONE TERRITORIALE

La stratificazione della fascia di rischio del paziente in una determinata fase della “storia” della malattia è un elemento cruciale per definire il percorso tra ospedale e territorio. La malattia ha un andamento altalenante e le varie fasce di rischio devono essere intese come “fotografie” di quella particolare fase e devono essere periodicamente rivalutate, soprattutto in presenza di mutamenti evidenti della sintomatologia.

La rivalutazione periodica sarà effettuata dal MMG in collaborazione con il cardiologo del territorio. La stratificazione del rischio in fase ambulatoriale, effettuata su pazienti apparentemente stabili e con terapia ottimizzata, si basa principalmente su elementi clinici, strumentali e bioumoriali (la valutazione utile per la stratificazione prognostica è effettuata sul paziente stabilizzato e con terapia ottimizzata da almeno 6 settimane). In linea di massima, il concetto di stabilità e il conseguente basso rischio di eventi si basano sui seguenti parametri clinici e di laboratorio:

- Assenza di sintomi di SC a riposo
- Assenza di segni di congestione (ortopnea, edema, ascite)
- Classe NYHA stabile
- Buona compliance alla terapia e alle norme comportamentali suggerite
- Assenza di ricovero per malattie cardiovascolari nell'ultimo anno
- Assenza di angina o stabilità della soglia di angina
- Assenza di aritmie sintomatiche e maggiori (per maggiori si intende scarica appropriata di AICD nell'ultimo mese)
- Assenza di sintomi riferibili ad ipotensione posturale
- FC compresa tra 50 bpm e 100 bpm (anche in pazienti con fibrillazione atriale)
- Esame obiettivo invariato
- Peso corporeo stabile (variazioni < 3 Kg durante le ultime due settimane)
- Bilancio idrico stabile senza necessità di frequenti incrementi della dose di diuretico
- Pressione arteriosa (PA) stabile, > 80 mmHg (valori più alti negli anziani)
- Capacità funzionale invariata (valutata preferibilmente con metodica strumentale)
- Funzionalità renale ed epatica stabili
- BNP/NT pro BNP stabili
- Elettrolitemia nei limiti
- EGA normale o stabile
- Emocromo stabile (possibilmente Hb > 11 g/dl negli uomini e > 10 g/dl nelle donne)
- Euvoemia (valutata attraverso una combinazione di elementi clinici e strumentali come parametri ecocardiografici, ecografia polmonare, peptidi natriuretici, bioimpedenziometria, ecc)
- Consumo massimo di O₂ senza significative variazioni (<2 ml/Kg/min)

- Risoluzione o stabilità delle comorbidità
- Assenza di effetti collaterali da farmaci.

Lo SC condivide con tutte le patologie cronico-degenerative il caratteristico andamento “ondulante” tra fasi di stabilità e di episodica riacutizzazione delle manifestazioni cliniche: l’organizzazione dell’assistenza, per essere efficace ed efficiente, deve sapersi adattare a fronteggiare le singole fasi, facendo trovare in ogni momento della storia naturale il paziente al posto giusto con il professionista giusto, e i diversi attori devono essere in costante collegamento operativo.

Le figure coinvolte nell’assistenza al paziente con SC sono: il MMG, il CT, il CO, il Personale infermieristico, il “caregiver”, il Cardiologo esperto di terapia riabilitativa, l’Internista ospedaliero.

Al paziente devono essere chiare la natura della sintomatologia, l’importanza e la finalità di ciascun farmaco e dei provvedimenti non farmacologici (abolizione del fumo, attività fisica quotidiana, esercizio aerobico, dieta e riduzione del peso, vaccinazioni), il rischio di effetti negativi di altri farmaci. Sia il paziente che i familiari o eventuali caregivers devono essere specificamente formati a riconoscere precocemente il peggioramento sintomatologico, i sintomi di allarme e i sintomi di gravità, e a come comportarsi in questi casi (chiedere il controllo del medico, dell’infermiere, prevedere in casi selezionati l’autogestione del diuretico). Il paziente deve avere chiara la necessità di controlli periodici (autocontrollo quotidiano del peso, della diuresi, della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca).

Devono essere previsti modelli informativi scritti da utilizzare per il paziente, familiari e caregiver e un promemoria con le varie terapie suddivise per i vari orari della giornata.

La corretta gestione dei pazienti affetti da patologie che evolvono verso lo SC (ipertensione, cardiopatia ischemica, diabete) e dei pazienti con SC già noto, spesso associato ad altre patologie croniche e/o condizione di fragilità, richiede un modello organizzativo integrato e condiviso intraospedaliero e tra ospedale e territorio (MMG e servizi territoriali), correlato allo stadio (pre-clinico o clinico dello SC) che garantisca la più appropriata continuità terapeutica e assistenziale, spostando risorse dall’ospedale al territorio.

I pazienti con SC cronico che hanno concluso l’iter diagnostico-terapeutico ospedaliero vengono segnalati e avviati, in base alle caratteristiche cliniche, alla Cardiologia territoriale/Case della Salute e presi in carico dal Cardiologo referente che li aveva in cura (se già noti all’ambulatorio) con la tempistica di controllo decisa dal Medico cardiologo **dell’ambulatorio ospedaliero**.

Criteri di stabilità per i quali il paziente viene inviato al cardiologo del territorio

Criteri di stabilità
CRITERI CLINICI
<ul style="list-style-type: none">- Bilancio idrico stabile, incremento della dose di diuretico ≤ 1 volta a settimana- Assenza di segni di congestione (ortopnea, edema, ascite)- Pressione arteriosa stabile con sistolica > 80 mmHg (valori più alti negli anziani)- Assenza di sintomi riferibili ad ipotensione posturale- Frequenza cardiaca ≥ 50 o ≤ 100 bpm (in generale)- Assenza d'angina, o angina stabile da sforzo- Assenza di aritmie maggiori sintomatiche (scarica defibrillatore impiantabile ≤ 1/mese)- Capacità funzionale invariata
CRITERI DI LABORATORIO
<ul style="list-style-type: none">- Funzionalità renale stabile (creatininemia $< 2,5$ mg/dl)- Natriemia stabile (> 130 mEq/l)- Consumo massimo di O_2 senza significative variazioni (< 2 ml/Kg/min)

Paziente con Scompenso cardiaco acuto Accesso del paziente da PS o ricoverato in altro reparto:

paziente che arriva in PS per scompenso cardiaco acuto, una volta stabilizzato, alla dimissione verrà inviato al controllo entro 7-10 giorni dal cardiologo ospedaliero per ottimizzazione della terapia e follow-up nei giorni lunedì, mercoledì giovedì e venerdì dalla 08 alle 13.30, 2 slot al giorno dedicati ai pazienti che accedono da PS.

La dimissione e il successivo follow up

Dimissione dopo episodio di SC acuto

Le condizioni cliniche possono cambiare drasticamente entro poche ore dall'arrivo nel reparto di emergenza e la risposta al trattamento iniziale è un importante indicatore dell'andamento futuro.

I segni che caratterizzano una buona risposta alla terapia iniziale sono:

- Miglioramento soggettivo riferito dal paziente
- FC a riposo <100 bpm
- Assenza di ipotensione ortostatica
- Diuresi Adeguata
- Saturazione di O₂ > 95% in aria ambiente ed emogasanalisi (EGA) normale
- Assente o moderato peggioramento della funzione renale rispetto alle condizioni precedenti.

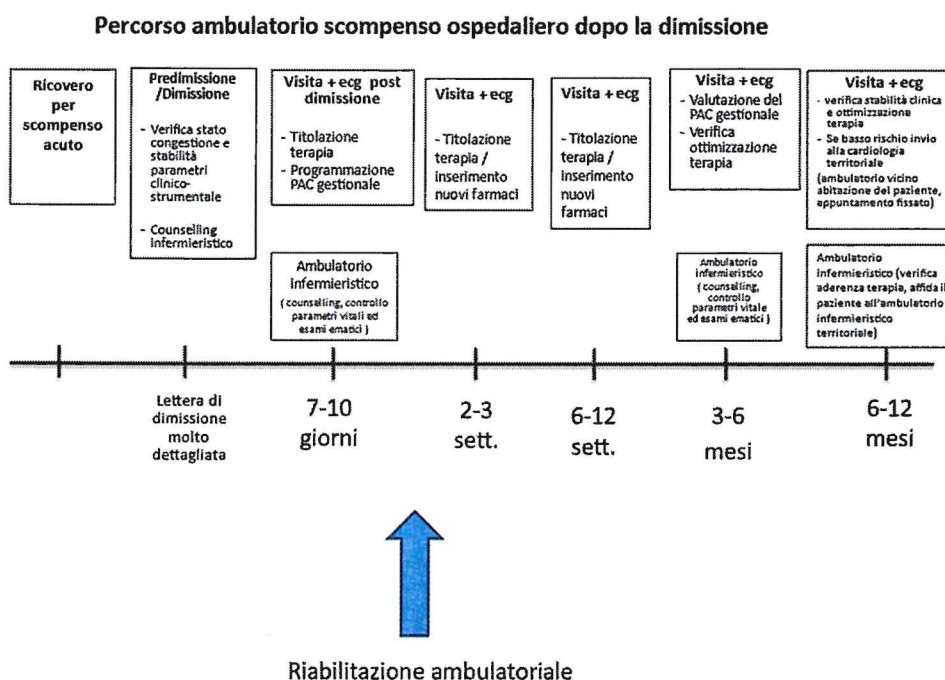
Circa l'80% dei pazienti con SC acuto, provenienti dall'ED, vengono ricoverati, nonostante fino al 50% di essi potrebbe essere dimesso in modo sicuro dall'ED stesso dopo un breve periodo di osservazione. La rapida dimissione da ED deve essere un aspetto considerato nei pazienti che non presentano criteri di alto rischio, non siano soggetti con SC *de novo*, abbiano risposto bene e rapidamente alla terapia iniziale. L'inserimento rapido nel programma di follow up ambulatoriale è un requisito essenziale.

Il paziente dimissibile precocemente da ED dovrebbe avere FC a riposo <100 bpm, PA normale, miglioramento dei sintomi, riduzione significativa dei PN rilevati all'ingresso (>30%) indicatore dell'efficacia della terapia somministrata, risoluzione della causa che ha portato all'instabilizzazione, EGA normale.

Il paziente verrà dimesso raggiunta la fase di compenso emodinamico, una volta corrette le cause precipitanti l'instabilizzazione, in terapia orale secondo LLGG e con funzione renale stabile da almeno 24 ore. Prima della dimissione verrà iniziato un programma di counseling infermieristico per spiegare al paziente e ai suoi familiari la natura della malattia, la necessità dell'aderenza alla politerapia e alle norme igienico-dietetiche consigliate, l'importanza dei controlli cardiologici programmati.

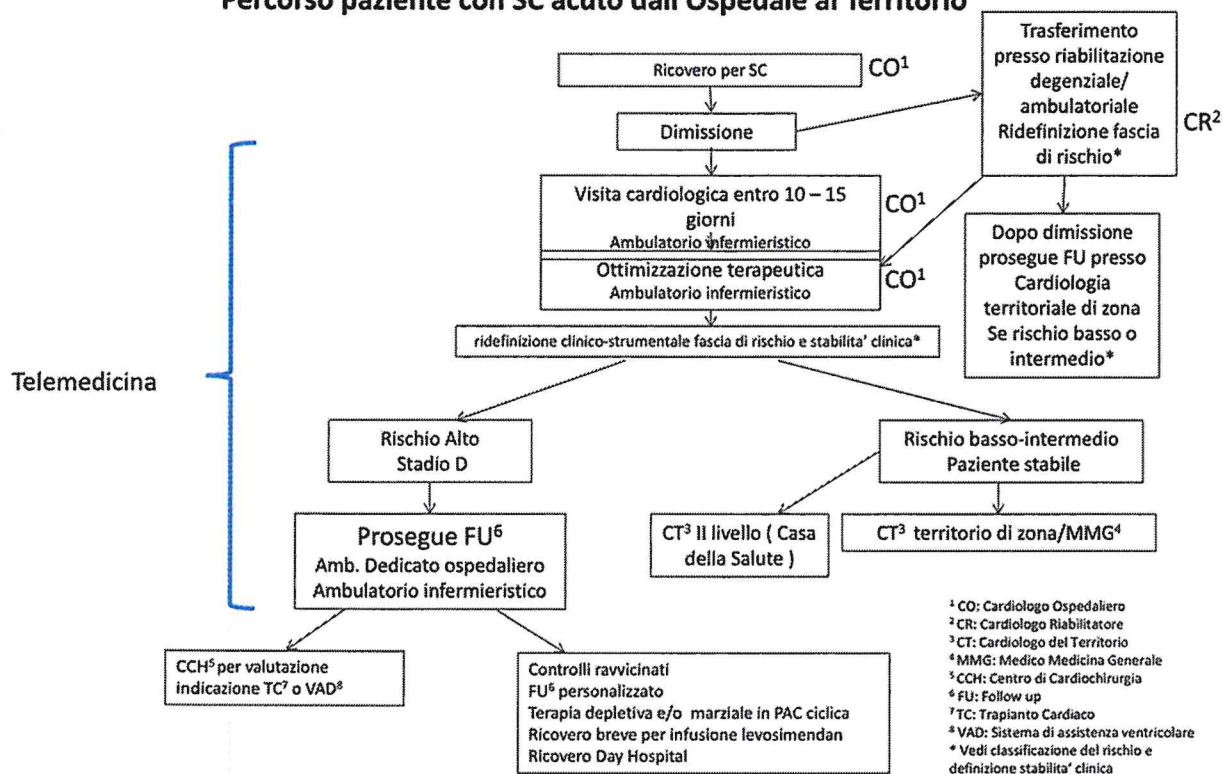
I messaggi verranno successivamente ribaditi e rafforzati nell'ambito dell'ambulatorio infermieristico e attraverso FU telefonico. La lettera di dimissione dovrà essere completa di tutte le informazioni necessarie per una corretta gestione del FU.

Si vedano sotto le informazioni che debbono essere contenute nella lettera di dimissione.



A questo punto il FU proseguirà nel territorio e il paziente verrà affidato al CT (si veda flow chart che segue) del poliambulatorio di "prossimità" ovvero quello più vicino alla sua abitazione. Il "passaggio di consegne" tra CO e CT (fino a quando non sarà attiva la cartella clinica per la ASL Roma 1) avverrà tramite mail (in cui verrà inviata la relazione clinica) e successivamente, appena a pieno regime, attraverso la piattaforma MEDarchiver.

Percorso paziente con SC acuto dall'Ospedale al Territorio



Verranno trasferiti in cardiologia riabilitativa degenziale i pazienti con indicazione a riabilitazione cardiologica che abbiano raggiunto una stabilità tale da permettere il trattamento riabilitativo, ma che potrebbero manifestare ancora una potenziale instabilità clinica che richieda disponibilità immediata di prestazioni diagnostico-terapeutiche.

Il programma riabilitativo è parte del percorso di cura iniziato durante la degenza. L'obiettivo è di migliorare le condizioni motorie generali e quelle cognitive, ridurre le limitazioni alla vita quotidiana, sviluppare le potenzialità residue, prevenire il decondizionamento muscolare.

In genere, il programma riabilitativo degenziale si conclude nell'arco di 15-20 giorni dopo la dimissione dall'Ospedale, con la presa in carico da parte del CO dell'ambulatorio scompenso e con il proseguimento della terapia riabilitativa a livello ambulatoriale.

I pazienti che non possono accedere all'ambulatorio cardiologico devono essere affidati al Cardiologo del CAD.

I pazienti con scompenso refrattario verranno seguiti da centri di III livello secondo i criteri per il riferimento del paziente con SC avanzato al centro trapianti o abilitato ad impiantare sistemi di assistenza ventricolare meccanica come "ponte" al trapianto o come "destination therapy".

I pazienti che necessitano di CP (SC in fase avanzata, con malattia progressiva, limitata aspettativa di sopravvivenza e bisogni complessi, anche relativi a comorbidità associate) specialistiche, in regime

domiciliare o residenziale saranno presi in carico da parte di equipe multiprofessionali specializzate, attraverso interventi programmati e articolati sui sette giorni, nonché pronta disponibilità medica e infermieristica nelle 24 ore. Le CP domiciliari specialistiche sono erogate dagli stessi hospice che erogano cure palliative in regime residenziale. Il ricovero in hospice residenziale non è effettuato in urgenza, ma viene programmato. Nell'hospice è garantita assistenza sanitaria h 24. Sul territorio della ASL Roma 1 sono presenti hospice accreditati che erogano cure palliative specialistiche sia in regime residenziale che domiciliare.

ALLEGATO 4: LETTERA DI DIMISSIONE DEL PAZIENTE CON SC

- Descrizione condizione (SC "de novo", riacutizzazione SC cronico).
- Diagnosi eziologica dello SC.
- Fenotipo (FE ridotta, moderatamente ridotta, preservata).
- Altre patologie cardiache note ed indicazione di eventuali comorbidità.
- Modalità di presentazione clinica e, se non si tratta di primo ricovero per scompenso, le possibili cause di instabilizzazione (es. infezioni, eventi acuti da peggioramento della cardiopatia, scarsa aderenza alla terapia, etc). Il valore del PN e, se possibile del peso corporeo al momento del ricovero.
- Descrizione di quanto avvenuto durante il ricovero (risoluzione sintomi e segni di scompenso, complicazioni eventuali, etc).
- Dati relativi ad esami laboratoristici/strumentali e consulenze specialistiche (descrizione nella lettera + eventuali copie di referti).
- Terapie farmacologiche e non praticate durante il ricovero.
- Eventuali terapie di supporto psicologico o educativo effettuate durante il ricovero.
- Indicazione delle motivazioni per mancato inserimento farmaci indicati dalle LLGG (eventuali controindicazioni all'utilizzo di β -bloccanti, ACE-inibitori o antagonista recettoriali dell'angiotensina, ARNI, SGLT2i).
- In caso di fibrillazione atriale indicare motivazione di non utilizzo di farmaci anti-coagulanti.
- Condizioni del paziente alla dimissione: Classe NYHA, peso corporeo, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, valore dei PN e copia ECG.
- Quadro ecocardiografico completo e aggiornato.
- Gravità della malattia in base a criteri di stratificazione del rischio di eventi
- Terapia prescritta alla dimissione, con:
 - indicazione di eventuali variazioni rilevanti rispetto al trattamento prima del ricovero
 - indicazioni alla titolazione dei farmaci
 - suggerimenti per introduzione nel follow-up di farmaci non indicati nella fase acuta ma indicati nella fase di stabilità
 - programma di FU a breve termine (data prima visita ambulatorio scompenso) ed esami da effettuare dopo la dimissione
 - indicazione di invio al programma riabilitativo con appuntamento nella struttura selezionata, durata del ciclo e/o motivazioni per eventuali controindicazioni o mancato invio.

Dopo la dimissione il paziente verrà seguito per un periodo variabile tra 6 mesi / 1 anno per completamento titolazione terapia, verifica dell'eventuale recupero della funzione cardiaca e stabilizzazione ulteriore, in collaborazione con l'ambulatorio infermieristico.

Inoltre gli ospedali SS e SFN sono dotati di Servizio di Monitoraggio Remoto che permette un follow-up integrato con Ambulatorio SC per i pazienti portatori di device al fine di ottimizzare le risorse. Ulteriori possibilità di monitoraggio possono essere valutati con servizi di telemedicina e con la Televisita, in fase di attivazione presso la ASL Roma 1.

Per i pazienti che ne necessitano, verrà richiesto un programma di assistenza domiciliare (si veda riferimenti). Il paziente con SC avanzato (Stadio C-D) verrà gestito nel centro ospedaliero dedicato allo SC attraverso ricoveri, infusione intermittente o continua di farmaci inotropi, ultrafiltrazione, ricoveri in DH, trasferimento presso la cardiocirurgia di riferimento per trapianto cardiaco o impianto di LVAD.

Le comorbidità, molto spesso causa di instabilizzazione e di morte, verranno seguite dai vari specialisti con un programma parallelo a quello cardiologico.

Verrà identificato un caregiver e il paziente verrà inserito in un programma strutturato di gestione multidisciplinare che ha l'obiettivo di ridurre le riospedalizzazioni precoci prevedendo una visita presso l'ambulatorio ospedaliero per lo scompenso entro 10 giorni dalla dimissione e una visita entro una settimana da parte del MMG. Successivamente seguirà un follow up strutturato e condotto da personale medico e infermieristico specializzato; la terapia medica iniziata durante il ricovero verrà proseguita, titolata e integrata. A tutti i pazienti verranno consigliati cicli di terapia riabilitativa cardiologica. Il follow up presso l'ambulatorio ospedaliero terminerà quando la terapia sarà ottimizzata, le condizioni cliniche stabilizzate (in genere in un periodo variabile da 6 mesi a 1 anno) e la fascia di rischio risulterà medio- bassa.

ALLEGATO 5: QUESTIONATI QUALITA' DELLA VITA

Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ), utilizzato a livello internazionale per la valutazione della qualità della vita nel paziente con scompenso cardiaco.

Appendix

Italian version of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire Questionario sullo scompenso cardiaco

Le seguenti domande si riferiscono al suo *scompenso cardiaco* e a come esso influisce sulla sua vita. Per cortesia legga e completi le seguenti domande. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Faccia una crocetta sulla risposta che meglio descrive la sua situazione.

1. Lo scompenso cardiaco influisce su persone diverse in modo diverso. Alcuni hanno difficoltà a respirare mentre altri si sentono stanchi. Per cortesia indichi quanto lo scompenso cardiaco (difficoltà a respirare o stanchezza) ha limitato la sua capacità di fare le seguenti attività nelle ultime 2 settimane.

Faccia una X su una casella per ciascuna riga

Attività	Estremamente limitato	Molto limitato	Moderatamente limitato	Poco limitato	Per niente limitato	Limitato per altre ragioni o non ho svolto l'attività
Vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare il bagno o la doccia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camminare in piano per circa 100 metri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare piccoli lavori di giardinaggio o intorno alla casa, lavori domestici, portare la spesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare una decina di scalini a piedi senza fermarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affrettarsi o correre (come per prendere l'autobus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Rispetto a 2 settimane fa i suoi sintomi di scompenso cardiaco (difficoltà a respirare, stanchezza o gonfiore alle caviglie) sono cambiati?
I miei sintomi dovuti allo scompenso cardiaco sono ...

Molto peggiorati	Un po' peggiorati	Non sono cambiati	Un po' migliorati	Molto migliorati	Nessun sintomo nelle ultime 2 settimane
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Nelle ultime 2 settimane, quante volte si è alzato/a la mattina con i piedi, le caviglie o le gambe gonfie?

Ogni mattina	3 o più volte alla settimana ma non ogni giorno	1 o 2 volte alla settimana	Meno di 1 volta alla settimana	Mai nelle ultime 2 settimane
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Nelle ultime 2 settimane, quanto le ha dato fastidio il gonfiore ai piedi, alle caviglie o alle gambe?
Mi ha dato ...

Estremamente fastidio	Molto fastidio	Moderatamente fastidio	Poco fastidio	Per niente fastidio	Non ho avuto gonfiore
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Nelle ultime 2 settimane, quante volte in media la stanchezza ha limitato la sua capacità di fare quello che desiderava?

Sempre	Parecchie volte al giorno	Almeno 1 volta al giorno	3 o più volte alla settimana	1 o 2 volte alla settimana	Meno di 1 volta alla settimana	Mai nelle ultime 2 settimane
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Nelle ultime 2 settimane, quanto le ha dato fastidio sentirsi stanco/a?

Mi ha dato ...

Estremamente fastidio	Molto fastidio	Moderatamente fastidio	Poco fastidio	Per niente fastidio	Non mi sono sentito/a stanco/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Nelle ultime 2 settimane, quante volte in media la difficoltà a respirare ha limitato la sua capacità di fare quello che desiderava?

Sempre	Parecchie volte al giorno	Almeno 1 volta al giorno	3 o più volte alla settimana	1 o 2 volte alla settimana	Meno di 1 volta alla settimana	Mai nelle ultime 2 settimane
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Nelle ultime 2 settimane, quanto le ha dato fastidio la difficoltà a respirare?

Mi ha dato ...

Estremamente fastidio	Molto fastidio	Moderatamente fastidio	Poco fastidio	Per niente fastidio	Non ho avuto difficoltà a respirare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Nelle ultime 2 settimane, quante volte in media è stato/a costretto/a a dormire su una sedia o con almeno tre cuscini dietro la schiena a causa della difficoltà a respirare?

Ogni notte	3 o più volte alla settimana ma non ogni giorno	1 o 2 volte alla settimana	Meno di 1 volta alla settimana	Mai nelle ultime 2 settimane
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. I sintomi di scompenso cardiaco possono peggiorare per varie ragioni. In che misura è sicuro/a di sapere cosa fare o chi chiamare, se i suoi sintomi peggiorano?

Per niente sicuro/a	Non molto sicuro/a	Abbastanza sicuro/a	Quasi del tutto sicuro/a	Completamente sicuro/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Quanto le è chiaro cosa può fare affinché i suoi sintomi di scompenso cardiaco non peggiorino (per esempio: pesarsi, mangiare con poco sale nella dieta, ecc.)?

Per niente chiaro	Non molto chiaro	Abbastanza chiaro	Quasi del tutto chiaro	Completamente chiaro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Nelle ultime 2 settimane, quanto lo scompenso cardiaco ha limitato il suo piacere di vivere?

Ha limitato estremamente il mio piacere di vivere	Ha limitato molto il mio piacere di vivere	Ha limitato moderatamente il mio piacere di vivere	Ha limitato poco il mio piacere di vivere	Non ha limitato per niente il mio piacere di vivere
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Come si sentirebbe se sapesse di dover passare il resto della sua vita con lo scompenso cardiaco al livello in cui è adesso?

Per niente soddisfatto/a	Per lo più soddisfatto/a	Abbastanza soddisfatto/a	Quasi del tutto soddisfatto/a	Completamente soddisfatto/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Nelle ultime 2 settimane, quanto spesso si è sentito/a scoraggiato/a o giù di morale a causa dello scompenso cardiaco?

Mi sono sempre sentito/a così <input type="checkbox"/>	Mi sono sentito/a così spesso <input type="checkbox"/>	Mi sono sentito/a così qualche volta <input type="checkbox"/>	Mi sono sentito/a così raramente <input type="checkbox"/>	Non mi sono mai sentito/a così <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	---

15. In che misura lo scompenso cardiaco influisce sul suo stile di vita? Per cortesia, indichi quanto lo scompenso cardiaco può aver limitato la sua partecipazione alle seguenti attività nelle ultime 2 settimane.

Faccia una X su una casella per ciascuna riga

Attività	Estremamente limitato	Molto limitato	Moderatamente limitato	Poco limitato	Per niente limitato	Non è il mio caso o non l'ho fatto per altre ragioni
Passatempi, attività di svago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavorare o fare dei lavori in casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andare a trovare amici o familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relazioni intime con la persona amata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Copyright © 1992-2000 John Spertus, MD, MPH. Italian translation by Dr. Daniela Miani for the Heart Failure Group (M.C. Albanese, C. Fresco, D. Gregori, L. Pilotto, P. Rozbowski). [f:/institut/cultadap/project/cvt1627/question/italian/final/kccqitaq.doc-29/032002](http://institut/cultadap/project/cvt1627/question/italian/final/kccqitaq.doc-29/032002).

ALLEGATO 6: PAZIENTE DESTINATO A CURE PALLIATIVE

Le Cure Palliative (CP) sono definite nell'ambito della Legge 38/2010 (1) come "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici" (1).

I pazienti affetti da grandi insufficienze d'organo presentano spesso un elevato carico di sofferenza dovuta alla presenza di sintomi fisici, difficoltà comunicative, fragilità emotiva e socio-familiare che investe anche le famiglie e i caregiver (2,3)

L'impatto positivo delle Cure Palliative nel paziente affetto SC in fase avanzata è ormai ampiamente riconosciuto (2,4,5)

I pazienti affetti da SC in fase avanzata, con malattia progressiva, limitata aspettativa di sopravvivenza e bisogni complessi, anche relativi a comorbidità associate, possono essere candidabili alle cure palliative specialistiche, in regime domiciliare o residenziale. Le cure palliative specialistiche domiciliari prevedono la presa in carico da parte di equipe multiprofessionali specializzate, interventi programmati e articolati sui sette giorni, nonché pronta disponibilità medica e infermieristica nelle 24 ore. Le Cure Palliative domiciliari specialistiche sono erogate dagli stessi hospice che erogano cure palliative in regime residenziale. Il ricovero in Hospice residenziale non è effettuato in urgenza, ma viene programmato. Nell'hospice è garantita assistenza sanitaria h 24. Sul territorio della ASL Roma 1 sono presenti 4 hospice accreditati che erogano cure palliative specialistiche sia in regime residenziale che domiciliare: Antea, S. Antonio da Padova, S. Francesco Caracciolo e Gemelli Medical Center

Chi identifica i pazienti da avviare ad un percorso di Cure Palliative specialistiche? Il medico ospedaliero, lo specialista territoriale, il MMG.

Quali strumenti possono supportare il clinico nell'identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative specialistiche?

I criteri generali per l'identificazione dei pazienti candidabili alle Cure Palliative specialistiche sono: diagnosi accertata di malattia a prognosi infausta in fase di rapida ed inarrestabile evoluzione, previsione clinica di sopravvivenza < 90-180 giorni, indice di Karnofsky ≤ 50 . Per avviare il percorso di accesso alle cure palliative specialistiche è inoltre indispensabile che il medico richiedente condivida con il paziente e/o con il familiare di riferimento gli obiettivi e le modalità assistenziali delle cure palliative, attraverso un percorso di comunicazione rispettosa dei bisogni e dei tempi individuali. Il percorso di comunicazione deve essere documentato nel modulo di richiesta (Informativa preliminare pagina 1 del modulo allegato).

La scelta del setting delle cure palliative specialistiche (domiciliare o residenziale) viene effettuata dal paziente e/o dal familiare di riferimento, insieme al medico richiedente. Pur essendo la casa il luogo ideale e privilegiato per le cure palliative, è necessario che il medico richiedente valuti: la preferenza del paziente e della famiglia, la presenza di un caregiver affidabile, il contesto abitativo, familiare e sociale.

In letteratura esistono diversi strumenti e check list di indicatori clinici, elaborati per supportare i clinici nell'identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative. Da un'analisi di questi strumenti e della

letteratura correlata, è stato ritenuto opportuno condividere come indicatori di SC in fase end-stage i parametri riportati nel documento SIAARTI- SICP del 2013 (6). Questi criteri possono aiutare il clinico nell'identificazione dei pazienti candidabili alle cure palliative specialistiche, sempre in associazione alla valutazione dei criteri generali di eleggibilità.

Classe NYHA IV

> 1 ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi

ipotensione periferica e/o ritenzione di liquidi

necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale

scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata

cachessia

Come richiedere le cure palliative specialistiche domiciliari o residenziali?

Il medico che, dopo condivisione con il paziente e/o con i familiari di riferimento relativamente a obiettivi e modalità assistenziali delle cure palliative specialistiche, decide di avviare la procedura di attivazione del percorso, compila il modulo unico regionale per richiesta di attivazione di cure palliative specialistiche (Allegato___) e, nelle more dell'attivazione del sistema informativo regionale, per i soli residenti sul territorio della ASL Roma 1, lo invia all' Unità Valutativa Aziendale di Cure Palliative alla mail: curepalliative@aslroma1.it. Per i residenti sul territorio extra-aziendale il modulo compilato deve essere inoltrato dal medico richiedente direttamente alla Centrale Operativa Territoriale della ASL di riferimento o agli hospice prescelti.

Per i pazienti residenti sul territorio della ASL Roma 1, l' Unità Valutativa Aziendale di Cure Palliative effettua la valutazione di idoneità e, se lo ritiene appropriato, autorizza la presa in carico da parte delle strutture indicate sul modulo. Il paziente, in condivisione con i familiari di riferimento e con il medico richiedente può esprimere la preferenza per 4 o più strutture (sia per la presa in carico domiciliare che residenziale). Il paziente può richiedere l'accesso anche a hospice che insistono sul territorio extra-aziendale (sia per regime domiciliare che residenziale).

ALLEGATO 7: INFORMATIVA SULLA PRIVACY

INFORMATIVA PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Gentile Signore/Signora, si è rivolto/a a questa struttura per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla

fornitura del presente foglio informativo. Lo scopo che ci prefiggiamo è quello di rendere edotta la persona assistita rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarla in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del
- trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

Specifica finalità di questi trattamenti è permettere la partecipazione del paziente ad un percorso interdisciplinare di cura cui possono accedere, secondo ragione, gli specialisti della Asl, il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale e favorendo l'integrazione fra gli operatori. Il percorso si svilupperà attraverso una serie di interventi volti a:

- formulare, promuovere e attuare specifici programmi di educazione terapeutica per una maggiore conoscenza della malattia di cui Lei è affetto;
- favorire una attività preventiva tesa ad individuare forme di maggior rischio rispetto allo sviluppo della malattia oggetto del PDTA;
- migliorare la possibilità di accesso a percorsi clinico – assistenziali dedicati;
- favorire la gestione multidisciplinare del paziente allo scopo di individuare il percorso diagnostico e terapeutico più adeguato

Le informazioni raccolte e condivise dagli specialisti della ASL ROMA 1 nel corso del PDTA potranno essere utilizzate anche per scopi scientifici e nell'ambito di progetti di ricerca, strettamente connessi o comunque affini o simili non incompatibili all'ambito delle patologie oggetto del PDTA unicamente nel caso in cui al paziente, che abbia acconsentito ad essere ricontatto, vengano somministrate ulteriori informazioni privacy ex art. 13 GDPR volte ad informarlo circa lo studio/il progetto che si intende realizzare nonché, volte a raccogliere il consenso esplicito del paziente al trattamento dei propri dati personali per finalità di ricerca.

In attuazione di quanto previsto dal DCA n. U00565 del 22.12.2017 "*Presa d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto "La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa"*" e dalla Determinazione G15691 del 18.12.2020 "*Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali - PDTA nella cronicità*" della Regione Lazio, desideriamo fornirLe anche alcune informazioni sul trattamento dei dati personali, anche appartenenti a categorie particolari e specificamente attinenti alla salute, che la Asl Roma 1 (di seguito anche solo "Asl") e il Suo Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, in qualità di autonomi titolari effettueranno secondo ragione qualora Lei scelga di intraprendere (ovvero di far intraprendere al terzo di cui Lei ha la responsabilità/legale rappresentanza) il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (di seguito anche solo "PDTA").

Base giuridica del trattamento dei suoi dati sensibili, che prevede espressamente la condivisione fra più professionisti sanitari, afferenti all' Asl di Roma 1, anche appartenenti a categorie particolari – relativi all'interessato è da rinvenirsi nel consenso esplicito di quest'ultimo ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a) e 9, par. 2, lett. a) GDPR.

L'adesione al percorso è sempre facoltativa, ma nel caso in cui si decidesse di partecipare al PDTA, i dati personali necessari per l'accesso e la fruizione dello stesso che potranno essere trattati sono quelli anagrafici del paziente ed eventualmente di chi ne ha la responsabilità ovvero la legale rappresentanza e quelli relativi allo stato di salute del paziente stesso. I dati in questione saranno condivisi fra tutti professionisti di questa Asl, il MMG e il PLS coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e cura del paziente salva sempre la possibilità per Lei di escluderne qualcuno comunicando, nel caso, la Sua scelta all'atto dell'attivazione del PDTA ovvero successivamente ai recapiti di seguito indicati. Resta inteso che, laddove decidesse di escludere un professionista dal percorso, la sua prestazione professionale non potrà essere svolta in quell'ambito. **È comunque garantita la piena fruizione delle prestazioni di diagnosi e cura anche a chi scegliesse di non partecipare al PDTA. Sarà altresì garantita la partecipazione al PDTA ai pazienti che non daranno il consenso ad essere ricontattati per futuri progetti di ricerca negli ambiti strettamente connessi alla patologia oggetto del PDTA.** È sempre esclusa qualsiasi diffusione dei dati trattati per questa finalità.

Il trattamento dei dati relativo al PDTA è effettuato con procedure manuali e informatizzate e con l'ausilio di strumenti elettronici, adeguati a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, esclusivamente da personale previamente autorizzato al trattamento da uno dei titolari autonomi e adeguatamente istruito. Nell'ambito del PDTA, i dati saranno conservati in apposita cartella ambulatoriale per la durata di cinque anni dall'ultima prestazione erogata. I dati, solo previa trasformazione in forma assolutamente anonima, potranno anche essere conservati oltre tale termine.

Titolari autonomi dei rispettivi trattamenti sono la Asl Roma1, con sede in Roma presso Borgo Santo Spirito 3, e il Suo MMG e/o il PLS.

La informiamo, infine, che sui dati personali trattati nell'ambito del PDTA, ogni interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, l'interessato ha il diritto di chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. L'interessato ha anche il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza potrà essere inviata alla Asl Roma 1 presso la sede di Borgo Santo Spirito 3, contattabile all'indirizzo dpo@asl.roma1.it nonché, per i trattamenti di loro titolarità, al Suo MMG e/o al PLS.

La revoca del consenso all'adesione al PDTA presentata nei confronti di uno dei Titolari autonomi verrà considerata come formulata nei confronti di entrambi.

L'interessato che ritenga che il trattamento dei propri dati personali effettuato nell'esecuzione di quanto disciplinato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____, alla via _____, n. _____, CAP _____, recapiti telefonici _____, e-mail (facoltativo) _____, in qualità di _____

DICHIARO

- di aver letto e compreso per intero il documento informativo riguardante le attività trattamentali che saranno svolte con i miei dati personali;
- di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il consenso.
- con la presente dichiara di aver letto e compreso le informazioni che precedono e, con la propria sottoscrizione, esprime il consenso all'inserimento – proprio o del soggetto rappresentato – nel PDTA
- PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

Firma (*leggibile*) _____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali e sanitari per le attività inerenti all'adesione ed esecuzione del PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

SI

NO

Firma (*leggibile*) _____

Acconsento alla possibilità di essere ricontattato/a per l'eventuale arruolamento in progetti di ricerca strettamente connessi all'ambito delle patologie oggetto del PDTA secondo le modalità descritte nelle presenti informazioni.

- ☐ presta il consenso (numero di telefono _____ - email _____)
- ☐ non presta il consenso

Firma (*leggibile*) _____

Firma di chi riceve il consenso _____