

# PDTA SCC FVG 06/10/2021

14:00-14:10 Apertura e presentazione del corso. Andrea Di Lenarda

14:10-14:30 Le dimensioni del problema: lo scompenso cardiaco in FVG. Laura Massa

14:30-14:50 Il PDTA del paziente con scompenso cardiaco nel territorio. Andrea Di Lenarda

14:50-15:10 Il PDTA del paziente con scompenso cardiaco intraospedaliero. Stefano De Carli

15:10-15:30 Il PDTA del paziente in dimissione e presa in carico territoriale. Massimo Toffolo

15:30-15:50 Il *setting* di cura e gli strumenti di lavoro specifici: l'ambulatorio Scompenso ospedaliero e territoriale. Mauro Driussi

15:50-16:10 AFT/CAP-MMG: obiettivi, attività, organizzazione e gestione multidisciplinare. Dorianò Battigelli

16:10-16:30 Attività infermieristica ospedaliera, ambulatoriale, distrettuale e domiciliare. Donatella Radini

16:30-16:50 Riabilitazione cardiologica: criteri di presa in carico, programmi riabilitativi, gestione multidisciplinare. Antonella Cherubini

16:50-17:10 Rete delle cure palliative: criteri di presa in carico, *setting* di cura, modalità assistenziali, gestione multidisciplinare. Raffaella Antonione

17:10-17:30 Piattaforme digitali e telemonitoraggio. Andrea Di Lenarda

17:30-17:50 Monitoraggio di indicatori di processo e *outcome*, target di cura e medicina di iniziativa. Laura Massa

17:50-18:00 Conclusioni. Andrea Di Lenarda

Commissione "Organizzazione della Rete del Paziente Cronico"

## Coordinatori

Andrea Di Lenarda<sup>1</sup> (Trieste), Marco Metra<sup>2</sup> (Brescia)

## Componenti

Alberto Balbarini<sup>2</sup> (Pisa), Manlio Cocozza<sup>3</sup> (Napoli), Raffaele Griffo<sup>4</sup> (Arenzano, GE),  
Enrico Orsini<sup>5</sup> (Pontedera, PI), Antonio Vittorio Panno<sup>6</sup> (Palermo), Maria Penco<sup>7</sup> (L'Aquila),  
Antonio Raviele<sup>8</sup> (Mestre, VE), Roberto Violini<sup>9</sup> (Roma)

<sup>1</sup>ANMCO, <sup>2</sup>SIC, <sup>3</sup>SICOA, <sup>4</sup>GICR, <sup>5</sup>ARCA, <sup>6</sup>ANCE, <sup>7</sup>SIEC, <sup>8</sup>AIAC, <sup>9</sup>SICI-GISE

## Documento di consenso ANMCO/SIC.

### La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco:

# 2016 organizzazione dell'assistenza ambulatoriale

Nadia Aspromonte<sup>1</sup> (Coordinatore), Michele Massimo Gulizia<sup>2</sup> (Coordinatore),  
Andrea Di Lenarda<sup>3</sup> (Coordinatore), Andrea Mortara<sup>4</sup>, Ilaria Battistoni<sup>5</sup>, Renata De Maria<sup>6</sup>,  
Michele Gabriele<sup>7</sup>, Massimo Iacoviello<sup>8</sup>, Alessandro Navazio<sup>9</sup>, Daniela Pini<sup>10</sup>, Giuseppe Di Tano<sup>11</sup>,  
Marco Marini<sup>5</sup>, Renato Pietro Ricci<sup>1</sup>, Gianfranco Alunni<sup>12</sup>, Donatella Radini<sup>3</sup>, Marco Metra<sup>13</sup>,  
Francesco Romeo<sup>14</sup>

# Piano Nazionale della Cronicità

18 maggio 2016

## INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (scompenso cardiaco)

### MACRO ATTIVITA'

- Percorsi assistenziali per i pazienti più complessi
- Continuità assistenziale e assistenza domiciliare
- Teleassistenza



MINISTERO DELLA SALUTE



AGENAS



REGIONE



AZIENDA SANITARIA

### OBIETTIVI GENERALI

Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Favorire la diffusione e l'implementazione delle linee guida
- Ridurre la frammentazione dei percorsi
- Implementare modelli di monitoraggio della stabilità clinica del paziente nel territorio attraverso una organizzazione che tenga il più possibile a domicilio il paziente
- Migliorare la formazione del personale sanitario e non nella gestione della malattia
- Implementare l'uso della telemedicina e del controllo a distanza dei pazienti più anziani, in particolare nelle aree più disagiate
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato.

### RISULTATI ATTESI

- Aumento del numero di soggetti seguiti a domicilio
- Aumento dei casi seguiti in teleassistenza

### INDICATORI

- % di soggetti in assistenza domiciliare
- % di pazienti seguiti a domicilio e in teleassistenza

### LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Favorire l'implementazione dei PDTA per pazienti con SC
2. Promuovere la diffusione di un modello organizzativo che garantisca la gestione bidirezionale integrata del paziente tra il Dipartimento cardiologico ospedaliero e i servizi del territorio
3. Promuovere forme di collaborazione professionale intra ed extraospedaliere, finalizzate al miglioramento dell'assistenza, anche all'interno di ambulatori dedicati, in particolare per i pazienti con SC avanzato, a più alta complessità di cura e per i portatori di dispositivi cardiaci.
4. Promuovere l'adozione di forme di assistenza domiciliare e/o teleassistita (telemonitoraggio-telemedicina) per parametri vitali e/o predittori di riacutizzazione

# CONSENSUS “SCOMPENSO CARDIACO”

**Percorsi diagnostico terapeutici  
condivisi per i medici di medicina generale  
ed ospedalieri in Friuli Venezia Giulia**

## **Coordinamento:**

- Alberto Giammarini Barsanti (SIMG), Valentino Moretti (FADOI),  
Andrea Di Lenarda (ANMCO)

## **Gruppi di lavoro:**

- ANMCO: Albanese M.C., Borgioni L., Chiozza R., Lo Giudice F., Pavan D.  
- FADOI: Bernardis V, Bulfoni A, Caliandro D., Donada C., Gerloni R.,  
Iacono M.A.  
- SIMG: Battigelli D., Cuzzato A.L., Lucchini G., Ponga B., Potente D.,  
Prelli L., Toffolo M.

# CONSENSUS “SCOMPENSO CARDIACO”

## LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI

**Percorsi diagnostico terapeutici condivisi per i medici di medicina generale ed  
ospedalieri in Friuli Venezia Giulia**

## **Coordinamento:**

dott. Aldo Mariotto  
Direttore Area servizi assistenza primaria  
Direzione centrale salute integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia  
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

## **Gruppi di lavoro:**

- ANMCO: Miani D., Pavan D, Andrea Di Lenarda  
- FADOI: Fiammengo F., Gerloni R., Moretti V  
- SIMG: Battigelli D., Cuzzato A.L., Lucchini G., Potente D., Prelli L., Toffolo M

# 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)

**Table 11 Important characteristics and components in a heart failure management programme**

## Characteristics

1. Patient/person-centred<sup>318</sup>
2. Multidisciplinary
3. The focus of the programme should be flexible and include:
  - prevention of disease progression
  - symptom control
  - maintaining patients in their preferred place of care for end-stage heart failure
4. Competent and professionally educated staff
5. Encourage patient/carer engagement in the understanding and management of their condition

## Components

1. Optimized management; lifestyle choices, pharmacological, and devices
2. Patient education, with special emphasis on self-care and symptom management
3. Provision of psychosocial support to patients and family caregivers
4. Follow-up after discharge (clinic; home visits; telephone support or telemonitoring)
5. Easy access to healthcare, especially to prevent and manage decompensation
6. Assessment of (and appropriate intervention in response to) an unexplained change in weight, nutritional and functional status, quality of life, sleep problems, psychosocial problems or other findings (e.g., laboratory values)
7. Access to advanced treatment options; supportive and palliative care

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
It is recommended that HF patients are enrolled in a multidisciplinary HF management programme to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. <sup>309,314,315,316</sup>	I	A
Self-management strategies are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. <sup>309</sup>	I	A
Either home-based and/or clinic-based programmes improve outcomes and are recommended to reduce the risk of HF hospitalization and mortality. <sup>310,317</sup>	I	A
Influenza and pneumococcal vaccinations should be considered in order to prevent HF hospitalizations. <sup>315,316</sup>	IIa	B

HF = heart failure.

<sup>a</sup>Class of recommendation.

<sup>b</sup>Level of evidence.

# PDTA del paziente con scompenso cardiaco



A cura della **Rete per la presa in carico dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica**

<b>Coordinamento</b>	Andrea Di Lenarda	ASU GI Centro Cardiovascolare
<b>Redazione</b>	Doriano Battigelli	MMG - Distretto 4 Trieste
	Antonella Cherubini	ASU GI - Centro Cardiovascolare
	Annalinda Cuzzato	MMG - Distretto Udine
	Stefano De Carli	ASU FC - PO San Daniele-Tolmezzo
	Antonio Di Chiara	ASU FC - PO San Daniele-Tolmezzo
	Arianna Gardin	ASFO - PO San Vito
	Silvia Maier	ASFO - PO San Vito
	Laura Massa	ASU GI - PO Cattinara
	Daniela Miani	ASU FC - PO SM Misericordia
	Mario Driussi	ASU FC - PO SM Misericordia
	Donatella Radini	ASU GI C- entro Cardiovascolare
	Chiara Rocco	ASU FC - PO San Daniele-Tolmezzo
	Giulia Russo	ASU GI - Centro Cardiovascolare
	Massimo Toffolo	MMG - Distretto Maniago (PN)
<b>Altri partecipanti</b>	Maria Grazia Baldin	ASU GI - PO Palmanova- Latisana
	Luisa Bullian	ASU FC - PO San Daniele-Tolmezzo
	Michele Carusillo	ASU FC
	Luigino Cataldi	MMG - Distretto Basso Isontino
	Giuseppe Di Fonzo	ASU FC - PO Latisana
	Tiziano Ermacora	MMG - Distretto San Danielese
	Antonio Gabrielli	MMG - Distretto delle Dolomiti Friulane
	Federica Guglielmino	ASFO
	Paolo Olivo	ASU FC - PO Cividale
	Daniela Pavan	ASFO - PO San Vito
	Loredana Pignatelli	ASUFC - PO Palmanova - Latisana

**Revisione**

Chiandetti Roberta	Azienda regionale di Coordinamento per la Salute - ARCS
Di Chiara Antonio	ASU FC PO San Daniele-Tolmezzo
Massa Laura	Azienda regionale di Coordinamento per la Salute - ARCS
Prezza Marisa	ASU GI Centro cardiovascolare Ospedale Cattinara Direzione Centrale Salute politiche sociali e disabilità – Regione FVG

**Revisori AGREE**

Michela Barisone	Dipartimento di Medicina Traslazionale Università del Piemonte Orientale
Francesco Clemenza	Cardiologia – ISMETT Palermo
Massimo Iacoviello	Cardiologia Universitaria – Az. Ospedale Policlinico di Bari
Adriano Murrone	Cardiologia - UTIC Azienda USL Umbria 1
Giovanni Pulignano	Cardiologia - Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - Dip. Cardioscienze

**Verifica ed Approvazione**

Rete per la presa in carico dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica  
Andreotti Maurizio- Direttore Sanitario Azienda regionale di Coordinamento per la Salute – ARCS

**Metodologia di lavoro**

Per l'elaborazione di questo documento ci si è avvalsi del supporto metodologico fornito dal documento [2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure](#) e [La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale](#) - ANMCO e tenendo conto del documento "Modello per la gestione delle reti cliniche di patologia".

Il processo di elaborazione del PDTA ha tenuto conto di alcune fasi:

1. individuazione del gruppo di esperti multiprofessionale e multispecialistico;
2. ricerca della letteratura scientifica di riferimento;
3. valutazione delle prove scientifiche raccolte in base al sistema di grading presente nelle LG adottate;
4. definizione del PDTA tenendo conto della realtà regionale;
5. valutazione del documento elaborato con metodo AGREE II da parte di specialisti in materia esterni al gruppo di lavoro<sup>1</sup>

Nel documento è assente la presenza di sponsor commerciali. La sua stesura ed implementazione risponde ai mandati istituzionali regionali.



# Premessa

- Il PDТА comprende l'insieme delle attività da erogare in modo sinergico dai vari professionisti coinvolti nel percorso di cura, ai vari livelli dell'articolazione sanitaria, per rispondere alla domanda di salute del malato, dalla fase di diagnosi a quella di intervento terapeutico e del fine vita.
- I principi enunciati dalle Linee Guida
  - vanno rapportati al singolo paziente del mondo reale ed alle single realtà sanitarie,
  - vanno applicati sulla base delle risorse organizzative ed economiche disponibili
  - vanno tradotti in comportamenti integrati e coordinati tra le varie strutture e i diversi operatori sanitari coinvolti
    - attraverso la costituzione di una rete integrata multidisciplinare e multiprofessionale
    - attraverso la condivisione di criteri uniformi di definizione e stadiazione dello SC, delle modalità di trattamento
    - attraverso la costituzione di PDТА appropriati



# Obiettivi

- Prevenzione della comparsa della malattia
- Prevenzione della progressione della malattia verso gli stadi avanzati
- Miglioramento della qualità di vita dei pazienti controllando i sintomi, preservando l'autosufficienza ed evitando le ospedalizzazioni, dalla fase sintomatica a quella terminale di malattia.
- Riduzione della mortalità

# Azioni

- Intercettare (diagnosticare) e prendere in carico la persona a rischio o affetta da SC
- Fare diagnosi eziologica/definire il fenotipo/stratificare la persona affetta da SC
- Curare (trattare al meglio, prendersi cura)
- Educare (empowerment, self-care, self-management)
- Monitorare (ed intervenire precocemente)
- Assistere nel fine vita

# Componenti e Strumenti (per stadio/fase di malattia)

1. Attori (case manager prevalente/di riferimento)
2. Setting clinici appropriati (incluso Ambulatorio SC)
3. Percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali
4. Strumenti di comunicazione (cartella, visualizzatore referti, telefono, piattaforma digitale)

# 1. Attori

- Medici di medicina generale;
- Cardiologi (ospedale, riabilitazione, ambulatori scompenso, territorio);
- Medici internisti (Medicina Interna, Geriatria, RSA);
- Medici d'Urgenza (Medicina d'Urgenza, Aree di Emergenza, Pronto Soccorso);
- Medici di Continuità Assistenziale
- Altri specialisti (processo di cura delle comorbidità)
- Infermieri (ospedale, ambulatori scompenso, Distretti, ADI, Continuità assistenziale);
- Fisiatri e Fisioterapisti (riabilitazione ospedaliera e ambulatoriale)
- Psicologi
- Nutrizionisti
- Personale sanitario dei Dipartimento di Prevenzione.
- Palliativisti (gestione fine vita)



## 2. Setting clinici

Il Percorso Integrato di cura del paziente affetto da SC garantisce le specifiche attività nei diversi setting assistenziali, schematicamente suddivisi in:

1. setting della prevenzione
2. setting della cronicità oligosintomatica
3. setting dell'acuzie
4. setting dello SC avanzato terminale
5. setting della palliazione

**Tabella 4. Presidi Ospedalieri Hub e Spoke e strutture territoriali regionali che concorrono alla presa in carico e gestione del paziente con SC**

<b>Presidi ospedalieri <i>Hub</i></b>	<b>Presidi ospedalieri <i>Spoke</i></b>	<b>Strutture territoriali</b>
<i>S. Maria degli Angeli</i> di Pordenone	San Vito al Tagliamento - Spilimbergo	AFT, CAP- MGI, Distretti, Cardiologie, Riabilitazione, RSA della provincia di Pordenone
<i>Cattinara-Maggiore</i> di Trieste	Gorizia - Monfalcone	AFT, CAP- MGI, Distretti, Cardiologie, Riabilitazione, RSA delle province di Gorizia e Trieste
<i>Santa Maria della Misericordia</i> di Udine	Latisana – Palmanova San Daniele del Friuli - Tolmezzo	AFT, CAP- MGI, Distretti, Cardiologie, Riabilitazione, RSA della provincia di Udine

# Indicatori di processo e outcome

- L'ARCS intende attivare un processo sistematico di analisi degli indicatori di processo e outcome
- Gli indicatori saranno pertinenti, appropriati, con ricadute su esiti e costo-efficiacia degli interventi
- Le aziende dovrebbero utilizzarli per impostare un reale governo clinico del sistema con piani di miglioramento ed interventi di medicina di iniziativa