



PERCORSO INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO

ASL12 VERSILIA

“Gestione programmata pazienti con scompenso cardiaco cronico”

Componenti il Gruppo di lavoro :

Antonio Latella	Responsabile del progetto Direttore Sanitario ASL 12
Concettina Martelli	Coordinatore del progetto, dirigente medico U.O. A.S.C
Fabio Michelotti	Direttore Dipartimento Servizi Territoriale
Massimo Pardini	Coordinatore modulo Medici di Medicina Generale
Giorgio Longa	Medico M.M.G. componente modulo
Giancarlo Casolo	Direttore U.O.C. Cardiologia
Massimo Magnacca	Medico U.O.C. Cardiologia
Paola Lambelet	Direttore U.O.C. Area Medica
Roberto Coppolecchia	Responsabile Assistenza Infermieristica Territoriale
Giovanna Daole	Specialista geriatra Teritoriale

Premessa

Lo scompenso cardiaco (SC) è una sindrome cronica, a forte impatto clinico e sociale a causa dell'elevata morbilità e mortalità soprattutto nella popolazione anziana. Il medico di medicina generale (MMG) ha un ruolo essenziale nella prevenzione, diagnosi, trattamento e gestione complessiva della malattia, mediante l'integrazione multidisciplinare di diverse competenze, a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici del paziente. Come le altre malattie croniche lo scompenso cardiaco richiede, oltre alla gestione delle fasi di instabilità, l'individuazione di segni e sintomi prodromici nella storia naturale della malattia e quindi un **approccio assistenziale programmato**, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva, anziché semplicemente sintomatica e attendista, come accade abitualmente per tradizione e prassi consolidata. Il Chronic Care Model (vedi PSR 2008-2010) costituisce un modello di attuazione della cosiddetta medicina di iniziativa o proattiva,

Epidemiologia e carico assistenziale

Lo scompenso cardiaco è una patologia ad elevata prevalenza . Su un totale di 900 milioni di abitanti in Europa , almeno 10 milioni sono affetti da scompenso; la loro età media è di 74 anni.

I dati italiani sullo scompenso nel territorio derivano prevalentemente dal registro IN-CHF (Italian Network on Congestive Hearth Failure), nella quale sono stati arruolati circa 26.000 pazienti. L'età media dei pazienti è di 65 anni e l'eziologia prevalente (39% dei casi) è la cardiopatia ischemica, seguita dalla cardiopatia dilatativa e ipertensiva.

Il quadro clinico è compatibile con uno scompenso avanzato ; infatti il 26% dei pazienti è in classe NYHA III – IV , il 10% presenta tachicardia, il 16% un terzo tono e la frazione di eiezione del ventricolo sinistro è < 30% nel 28% dei casi.

Una disfunzione renale è presente nel 4% dei casi, e la bronco pneumopatia cronica ostruttiva nel 13%.

Il 25% dei pazienti va incontro ad ospedalizzazione entro un anno.

Non meno pesanti sono le ripercussioni sui costi sanitari, dato che la spesa per lo scompenso in Europa è circa il 2% della spesa complessiva dei sistemi sanitari nazionali. In Italia lo scompenso è la prima causa di ricovero dopo il parto.

La gestione dello scompenso su territorio richiede una stretta interazione e collaborazione fra le strutture sanitarie al cui centro rimane in ogni caso il malato.

La percezione che il paziente ha della malattia è molto soggettiva, e la consapevolezza spesso limitata; le ripercussioni psicologiche possono essere rilevanti. Non meno importanti sono le ripercussioni sui familiari del malato: sul piano affettivo, organizzativo ed economico. Il Medico di Medicina generale gioca un ruolo centrale, che comprende la prevenzione, la diagnosi precoce, l'invio alla consulenza specialistica, l'impostazione della terapia , la sorveglianza della stabilità clinica, la prevenzione delle riacutizzazioni e i loro precoce riconoscimento, l'ospedalizzazione, l'educazione sanitaria e la gestione dell'assistenza domiciliare. Il Distretto Socio-Sanitario è la struttura che il Sistema Sanitario Nazionale individua, come centro di coordinamento dei vari interventi sul territorio.

Le dimensioni strettamente numeriche non esauriscono però la complessità del problema. Se da un lato i grandi trial clinici hanno evidenziato la possibilità di trattamenti medici efficaci in grado di modificare radicalmente la storia naturale della malattia, la gestione pratica della terapia è diventata particolarmente difficile per la necessità di utilizzare associazioni farmacologiche complesse e farmaci scarsamente maneggevoli. La complessità dei pazienti, spesso affetti da patologie croniche concomitanti, e l'andamento talora imprevedibile della malattia, con bruschi episodi peggiorativi in corso di eventi intercorrenti (flogosi delle vie aeree, ipertensione non controllata, ecc.), rendono necessaria una **rete di assistenza territoriale** efficace e dinamica.

SCOPO

Creare un approccio assistenziale programmato funzionalmente agevole e *secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva rivolto a :*

- Pazienti oligo-asintomatici ad alto rischio di scompenso (stadio C) ACC/AHA

Mentre lo stadio A e B della classificazione ACC/AHA è di pertinenza esclusiva del MMG, lo stadio C, quello di cui si occuperà il CCM, è di tipica gestione integrata.

Creare un percorso assistenziale a pazienti :

- con diagnosi certa di scompenso cardiaco che integrando le risorse professionali e strumentali ospedaliere e le potenzialità assistenziali territoriali sia in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti in ogni particolare fase della malattia secondo una **rete integrata di cure**.

E' necessario istituire ambulatori orientati con l'offerta di interventi predefiniti ad assistiti aggregati in modo omogeneo per patologia – rischio e problema “(linee di indirizzo regionali) . Gli assistiti vengono informati su vantaggi e svantaggi della proposta assistenziale , viene offerta loro la possibilità di aderire a tale modalità assistenziale. La programmabilità dell'assistenza può consentire ai MMG di realizzare una migliore organizzazione del proprio lavoro ..

La razionalizzazione delle risorse mediante la creazione di percorsi assistenziali integrati può avere un impatto positivo non solo sulla quantità e qualità della vita dei pazienti ma potrebbe inoltre ridurre l'impatto della patologia sulle strutture sanitarie attraverso una diminuzione del numero dei ricoveri e dei tempi di degenza.

OBIETTIVI - RISULTATI ATTESI

1. Maggior presa di coscienza da parte del paziente della patologia e della sua gestione
2. Garantire la cura e la continuità fra territorio-ospedale-territorio
3. Promuovere l'integrazione MMG–specialista-IP-oss con la condivisione di percorsi per la gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco cronico
4. Ridurre la morbilità per insufficienza cardiaca nei pazienti ad alto rischio
5. Ridurre le giornate di ricovero ospedaliero per il DRG 127 e/o per il codice ICD9-CM 428
6. Ridurre i ricoveri ripetuti (o re-ricoveri)
7. Ottimizzare la cura attraverso l'applicazione di linee guida
8. Migliorare il precoce riconoscimento e trattamento delle complicanze (vedi tabella 1 linee indirizzo regionali)
9. Ampliare la capacità del MMG di gestire questo tipo di pazienti clinicamente complessi. Questa nuova gestione esige un miglioramento della comunicazione che consenta la continuità terapeutica e la condivisione dei dati registrati su apposita scheda informatica (modulo “ *per avviare e testare la sanità di iniziativa sulla base di criteri e requisiti indispensabili generali e specifici* ”)
10. Migliorare l'aderenza al regime terapeutico da parte dei pazienti

APPLICABILITA'

Da parte dei Medici di Medicina Generale, del personale infermieristico del territorio, dei medici ASC, degli specialisti ospedalieri.

DEFINIZIONE

Lo scompenso cardiaco (SC) è una sindrome clinica complessa causata da qualsiasi disordine strutturale o funzionale che alteri la capacità contrattile e di rilassamento dei ventricoli (*Regione Toscana, Consiglio Sanitario Regionale, Linee Guida, Diagnosi e Cura dello Scompenso Cardiaco, documento 5, marzo 2007*)

Stadio C: classificazione ACC-AHA sintomi pregressi o attuali di insufficienza cardiaca con evidenza di cardiopatia strutturale

MODALITA' OPERATIVE DEL PERCORSO

Trasmissione dati dal data-base MMG al Medico ASC ;

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

Destinatari

1) PAZIENTI DI MMG CHE ADERISCONO AL MODULO : Il modello si rivolge a soggetti in **stadio C ACC/AHA** (malattia strutturale cardiaca con sintomi o segni di scompenso). Le modalità organizzative vengono impostate dai MMG sulla base del consenso dell'assistito e si articolano diversamente in funzione delle condizioni di gravità e di autosufficienza della persona malata (prevalenza della malattia, ostacoli alla ottimizzazione delle cure, risorse disponibili). Per ognuno dei pazienti, al momento dell'inserimento nel "percorso" si programma un piano assistenziale, che prevede l'inizio di un monitoraggio a cadenza prefissata effettuato dal MMG che è il referente per il progetto affiancato dal personale infermieristico. Il modello assistenziale si pone i seguenti obiettivi

- :
- Ritardare la progressione della DVS a scompenso conclamato
- Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura
- Migliorare la qualità di vita
- Migliorare l'appropriatezza degli interventi, intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente
- Migliorare la compliance ai farmaci ed alle misure relative allo stile di vita
- Migliorare la soddisfazione per l'assistenza
- Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera

Diagnosi

Alla diagnosi partecipano sia il MMG, a cui per primo il paziente fa di norma riferimento, sia lo specialista e la struttura ospedaliera in caso di ricovero per scompenso acuto

Più dettagliatamente:

PAZIENTI stadio C

Il Medico di Medicina Generale arruola i pazienti nel percorso, in base alla classificazione stadio C ACC-AHA, e dopo essere stato acquisito il Consenso Informato, monitorizza secondo tempi prestabiliti i pazienti, (3,6,12, mesi) coadiuvato da infermiere e oss dedicati, messi a disposizione dall'Azienda, che hanno il ruolo di educare il paziente alla auto-gestione della malattia, di inserire i dati nella cartella informatizzata del MMG, di prenotare la consulenza specialistica tramite CUP in ambulatori dedicati.

- **INGRESSO IN OSPEDALE**

1 - se la persona ritorna al proprio domicilio :

Il Reparto riaffida il paziente al suo Medico curante per la presa in carico sanitaria, facendogli pervenire la documentazione sanitaria, necessaria per migliorare la comunicazione fra medico dell'ospedale e del territorio, con l'obiettivo di favorire l'integrazione fra professionisti e fornire documentazione utile al paziente che usufruisce dei servizi della rete sanitaria e socio-sanitaria

Quando necessario, il MMG attiva l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) con eventuale consulenza cardiologica a richiesta del Medico di Medicina Generale

2- se la persona non può rientrare al proprio domicilio :

il Punto Unico di accesso attiva l'UVM per l'avvio ai servizi della rete territoriale

Scompenso – Elenco patologia

Messa a disposizione dell'elenco di patologia per lo scompenso cardiaco

Definizione:	Compilazione ed invio dell'elenco di pazienti in stadio C classificazione ACC-AHA (sintomi pregressi o attuali di insufficienza cardiaca con evidenza di cardiopatia strutturale)
Numeratore:	Numero di pazienti scompensati con CF valido presenti nell'elenco di patologia inviato entro la scadenza
Denominatore:	Numero assistiti in carico al modulo
Formola matematica:	$\frac{\text{Numero di pazienti scompensati con codice fiscale valido presenti nell'elenco di patologia}}{\text{Numero assistiti in carico al modulo}} \times 100$
Note:	<p>I requisiti dell'elenco di patologia risultano essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnosi da cartella clinica MMG con codifica e classificazione condivisa e Codice Fiscale Assistito valido - I pazienti devono aver fornito consenso alla comunicazione dei dati personali
Fonte:	Elenco di patologia Modulo
Parametro di riferimento:	Numero pazienti pari ad almeno prevalenza scompenso del 1,5 +/- 0,5%
Tempistica	Semestrale:al 30.9 2010, 30.3 2011 NB: La valutazione ai 6 mesi viene effettuata ai fini di monitoraggio. Il valore annuale è quello che conta ai fini dell'incentivazione; se lo standard viene raggiunto prima, viene riconosciuto raggiunto l'obiettivo (ai fini di corresponsione della quota corrispondente all'obiettivo intermedio).

Indicatore scopenso n. 1 – Dosaggio ematico Na/K

Pazienti con Scopenso Cardiaco che hanno effettuato almeno una misurazione di sodio e potassio

Definizione:	Pazienti con scopenso cardiaco che hanno effettuato almeno una misurazione di sodio e potassio
Numeratore:	Pazienti scompensati presenti nell'elenco di patologia fornito dal modulo con almeno una misurazione annuale di sodio e potassio
Denominatore:	Numero di pazienti con scopenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal Modulo
Formula matematica:	$\frac{\text{No. pz. scompensati presenti nell'elenco di patologia con almeno una misurazione di Na e K}}{\text{Numero di pazienti con scopenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal Modulo}} \times 100$
Note:	Incrocio elenco pazienti con flusso SPA :esami di sodio e potassio consumati da soggetti scompensati presenti nell'elenco di patologia
Fonte:	Elenco di patologia e flusso SPA
Parametro di riferimento:	> 20% rispetto a valore storico di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG/Modulo
Tempistica	Trimestrale:al 30.6, 30.9, 31.12 2010, 30.3 2011 NB: Le valutazioni ai 3, 6 e 9 mesi vengono effettuate ai fini di monitoraggio. Il valore annuale è quello che conta ai fini dell'incentivazione; se lo standard viene raggiunto prima, viene riconosciuto raggiunto l'obiettivo (ai fini di corresponsione della quota corrispondente all'obiettivo intermedio), purchè nelle misurazioni successive non vi siano riduzioni di valore

Indicatore scompenso n. 2 – Registrazione peso

Percentuale di pazienti con registrazione peso corporeo per un anno

Definizione:	Percentuale di pazienti scompensati con registrazione di tre valori di peso corporeo nell'anno
Numeratore:	Numero di pazienti scompensati presenti nell'elenco di patologia con registrazione di tre valori di peso corporeo nell'anno
Denominatore:	Numero di pazienti scompensati presenti nell'elenco di patologia fornito dal modulo
Formula matematica:	$\frac{\text{No. di pz scompensati presenti nell'elenco di patologia con registrazione di tre valori di peso corporeo nell'anno}}{\text{Numero di pazienti scompensati presenti nell'elenco di patologia fornito dal Modulo}} \times 100$
Note:	<p>Requisiti della misurazione: Registrazione valore PC in cartella clinica MMG da parte di MMG e/o da parte di IP o OSS in cartella clinica MMG (o in altro archivio ad hoc)</p> <p>Modalità di consegna del dato: elenco nominativo pazienti</p>
Fonte:	Archivio modulo
Parametro di riferimento:	> 50% rispetto a valore storico di partenza o almeno 70% dei pazienti in carico a MMG
Tempistica	Semestrale: al 30.9 2010, 30.3 2011 NB: La valutazione ai 6 mesi viene effettuata ai fini di monitoraggio. Il valore annuale è quello che conta ai fini dell'incentivazione; se lo standard viene raggiunto prima, viene riconosciuto raggiunto l'obiettivo (ai fini di corresponsione della quota corrispondente all'obiettivo intermedio).

Indicatore n. 3 – Terapia con ACE inibitori e/o sartani

Percentuale di pazienti in terapia con ACE inibitore - sartani

Definizione:	Pazienti con scompenso cardiaco in terapia con ACE-inibitori e/o sartani
Numeratore:	Pazienti scompensati presenti nell'elenco di patologia in terapia con ACE-inibitori e/o sartani
Denominatore:	Numero di pazienti con scompenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal Modulo
Formula matematica:	$\frac{\text{No. pz scompensati presenti nell'elenco di patologia in terapia con ACE-inibitori e/o sartani}}{\text{No. pz con scompenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal Modulo}} \times 100$
Note:	Requisiti della misurazione: Incrocio Elenco di patologia con flusso SPF e FED: in terapia con terapia con ACE-inibitori e/o sartani
Fonte:	Modulo e ASL
Parametro di riferimento:	> 50% rispetto a valore storico di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG
Tempistica	Trimestrale: al 30.6, 30.9, 31.12 2010, 30.3 2011 NB: Le valutazioni ai 3, 6 e 9 mesi vengono effettuate ai fini di monitoraggio. Il valore annuale è quello che conta ai fini dell'incentivazione; se lo standard viene raggiunto prima, viene riconosciuto raggiunto l'obiettivo (ai fini di corresponsione della quota corrispondente all'obiettivo intermedio), purchè nelle misurazioni successive non vi siano riduzioni di valore

Indicatore scompenso n. 4 – Terapia con Beta-bloccanti

Percentuale di pazienti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccanti (tra quelli con indicazione da Linee Guide)

Definizione:	Pazienti con scompenso cardiaco in terapia con beta-bloccanti
Numeratore:	Pazienti con scompenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal modulo in terapia con beta-bloccanti
Denominatore:	Numero di pazienti con scompenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal Modulo
Formola matematica:	$\frac{\text{No. pz con scompenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia in terapia con beta-bloccante}}{\text{No. pz con scompenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal modulo}} \times 100$
Note:	Requisiti della misurazione: Incrocio Elenco di patologia con flusso SPF e FED: in terapia con terapia con beta-bloccante
Fonte:	Modulo e ASL
Parametro di riferimento:	> 20% rispetto a valore storico di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG/Modulo
Tempistica	Trimestrale: al 30.6, 30.9, 31.12 2010, 30.3 2011 NB: Le valutazioni ai 3, 6 e 9 mesi vengono effettuate ai fini di monitoraggio. Il valore annuale è quello che conta ai fini dell'incentivazione; se lo standard viene raggiunto prima, viene riconosciuto raggiunto l'obiettivo (ai fini di corresponsione della quota corrispondente all'obiettivo intermedio), purchè nelle misurazioni successive non vi siano riduzioni di valore

Indicatore scopenso n. 5 – Counselling

Percentuale di counselling individuale e di gruppo

Definizione:	Percentuale di pazienti con scopenso cardiaco in carico al Modulo supportati con counselling (individuale o di gruppo) nell'anno
Numeratore:	Numero di pazienti con scopenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal Modulo supportati con attività di counselling
Denominatore:	Numero di pazienti con scopenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal Modulo
Formula matematica:	$\frac{\text{No. di paz. con scopenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia supportati con attività di counselling}}{\text{No. di pazienti con scopenso cardiaco presenti nell'elenco di patologia fornito dal modulo}} \times 100$
Note:	<p>Requisiti della misurazione:</p> <p>Registrazione effettuazione attività di counseling in cartella clinica MMG da parte di MMG e/o da parte di IP o OSS in cartella clinica MMG (o in altro archivio ad hoc)</p> <p>Definizione minima di "attività di counseling" verrà definita nel Corso multiprofessionale</p> <p>Modalità di consegna del dato: elenco nominativo pazienti</p>
Fonte:	Archivio modulo (e/o altro archivio ad hoc)
Parametro di riferimento:	40% o almeno 70% pazienti con scopenso cardiaco in carico a MMG
Tempistica	Trimestrale: al 30.6, 30.9, 31.12 2010, 30.3 2011 NB: Le valutazioni ai 3, 6 e 9 mesi vengono effettuate ai fini di monitoraggio. Il valore annuale è quello che conta ai fini dell'incentivazione; se lo standard viene raggiunto prima, viene riconosciuto raggiunto l'obiettivo (ai fini di corresponsione della quota corrispondente all'obiettivo intermedio), purchè nelle misurazioni successive non vi siano riduzioni di valore

9

Indicatore scompenso n. 6 – Tasso di ricovero

Tasso di ricovero per modulo organizzativo

Definizione:	Tasso di ricovero di pazienti con scompenso cardiaco del modulo
Numeratore:	Numero di pazienti con scompenso ricoverati nel periodo
Denominatore:	Numero di assistiti modulo
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero di pazienti assistiti dal modulo ricoverati per scompenso nel periodo}}{\text{Numero di assistiti modulo alla data di misurazione}} \times 1000$
Note:	Criteria di identificazione ricoveri: - SDO Dimissione con diagnosi di Insufficienza Cardiaca (ICD9-CM= 428*, 39891, 40201, 40211, 40291, 40401, 40403, 40411, 40413, 40491, 40493) in qualunque campo diagnosi.
Fonte:	ASL : anagrafe assistiti, Flusso SDO
Parametro di riferimento:	< 20% rispetto a valore storico di partenza o tasso di ospedalizzazione inferiore al 180 per mille per modulo
Tempistica	Trimestrale: al 30.6, 30.9, 31.12 2010, 30.3 2011 NB: Le valutazioni ai 3, 6 e 9 mesi vengono effettuate ai fini di monitoraggio. Il valore annuale è quello che conta ai fini dell'incentivazione; se lo standard viene raggiunto prima, viene riconosciuto raggiunto l'obiettivo (ai fini di corresponsione della quota corrispondente all'obiettivo intermedio), purchè nelle misurazioni successive non vi siano riduzioni di valore

Processo 1. : IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI

Procedure	Professionisti: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori	Note
Calcolo prevalenza SC	Mmg	Amb mmg	3 mesi	0.75-2 % del totale	Pazienti con disfunzione V.S.asintomatic
Calcolo incidenza SC	Mmg	Ambul mmg	annuale	0.1-0.2 % anno	Pazienti con disfunzione V.S.asintomatic
Identificazion e paz scompensati /	Mmg	Ambul mmg	3 mesi		
Stesura elenco	mmg	Ambul mmg	3 mesi	Consegna Elenco	

Processo 2. : ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI

Procedure	Professionisti:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori	Note
Selezione dei pazienti arruolabili	mmg	ambul mmg	3 mesi dopo lo start up	Vedi elenco	Sulla base del consenso delle condizioni socioculturali e familiari
Contatto pazienti in stadio C non visitati ultimo anno	Infermiere oss	Ambul medico /	1 anno dopo i 3 mesi	Almeno il 75 % contattati	
Contatto paz classe C non visitati ultimi sei mesi	Infermiere oss	Ambul medico /	1 anno dopo i 3 mesi	Almeno il 75 % contattati	
Richiamo attivo in ambulatorio	Infermiere oss	Ambul medico	1 anno dopo i 3 mesi	Almeno il 75 % contattati	

Processo 3. : COUNSELING DEI PAZIENTI

Procedure	Professionisti:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori	Note
Educaz sanitaria su Fattori di Rischio per SC	Mmg / inf	Ambul mmg	1 anno a seguire	Annotazione del counselling sulla cartella del mmg	Aumento della assunzione di responsabilità da parte del paziente nella gestione della propria malattia (empowerment)
Educazione sulla dietetica dello scompenso / alto rischio	Mmg / inf / specialista	Ambul mmg	1 anno a seguire	Annotazione delle informazione date sulla cartella mmg / specialista	Aumento della assunzione di responsabilità da parte del paziente nella gestione della propria malattia (empowerment) Eventuale ambul orientato
Educazione sulla attività fisica nello scompenso / alto rischio	Mmg / inf / specialista	Ambul mmg	1 anno a seguire	Annotazione delle informazione date sulla cartella mmg / specialista	Aumento della assunzione di responsabilità da parte del paziente nella gestione della propria malattia (empowerment) Eventuale ambul orientato
Educazione alla assunzione dei farmaci / loro gestione da parte del paziente	Mmg / specialista	Ambul mmg	1 anno a seguire	Annotazione delle informazione date sulla cartella mmg / specialista	Aumento della assunzione di responsabilità da parte del paziente nella gestione della propria malattia (empowerment) Eventuale ambul orientato

Processo 4. : FOLLOW UP DEI PAZIENTI

Procedure	Professionisti:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori	Note
Visita dei pazienti a rischio richiamati	Mmg con assistenza di inf oss	Ambul mmg	Dopo il richiamo	Registrazione della visita	Eventuale ambul orientato
Visita dei pazienti scompensati non complianti richiamati	Mmg con assistenza di inf	Ambul mmg	Dopo il richiamo	Registrazione della visita	Eventuale ambul orientato
Controllo effettuazione esami di controllo e/ o terapie	Mmg con assistenza di inf	Ambul mmg	Dopo il richiamo	Registrazione degli accertamenti	Eventuale ambul orientato
Programmazione nuovo controllo e richiamo attivo	MMG con inf e oss	Ambul mmg	Dopo la visita	Registrazione della visita programmata	Eventuale ambul orientat

Processo 4. : PAZIENTI NON STABILIZZATI

Procedure	Professionisti:ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori	Note
Verifica aderenza a prescrizioni terapeutiche e di stile di vita (ambulatoriali telefoniche domiciliari)	Inf / mmg/ specialista	Ambul mmg o domicilio paziente	Al bisogno	Registrazione parametri vitali e aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica	Se necessario aprire ADI
Visita del paziente / individuazione di comorbidità o acuzie intercorrenti	Mmg con assistenza eventuale inf- specialista	Ambul mmg o domicilio del paziente	Dopo la verifica	Adeguamento terapeutico	Se necessario aprire ADI
Contatto telefonico con lo specialista	mmg	Ambul mmg o domicilio paziente	In caso di necessità	Eventuale visita specialistica per riv./ ricovero	
Invio allo specialista / ricovero	Mmg / emergenza medica	Ambul mmg o domicilio paziente	In caso di insuccesso / aggravamento improvviso/ urgenza	N° accessi all'ambulatorio specialistico / ricoveri	La criticità è quella che gli scompensati vengono ricoverati quasi sempre in rep medico e non in cardiologia

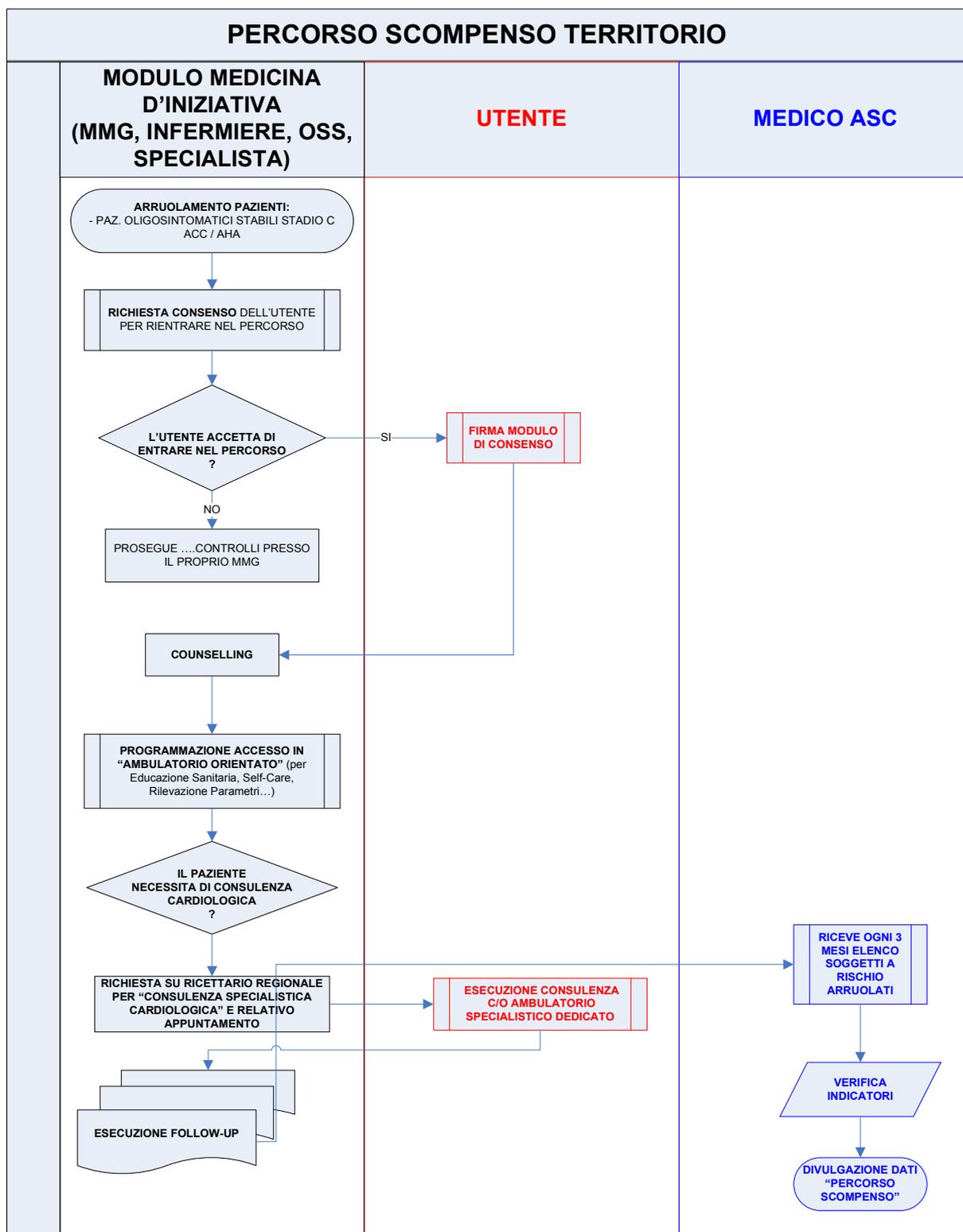
Percorso assistenziale SCOMPENSO CARDIACO

MMG Fase 1 -Azioni			
<p style="text-align: center;"><u>Pazienti in stadio c classificazione ACC-AHA (sintomi pregressi o attuali di insufficienza cardiaca con evidenza di cardiopatia strutturale</u></p> <p><u>1. Predisposizione Elenco pazienti</u></p>	<p style="text-align: center;">2-Formazione infermiere-oss per gestione cartella informatizzata e ambulatorio nel setting della M.G.</p>	<p style="text-align: center;">3- Raccoglie consenso informato per l'ingresso nell'ambulatorio proattivo</p>	<p style="text-align: center;">4 Visita/inquadramento/valutazione compliance</p>
<p>5--Counselling sui fattori di rischio(fumo,obesità,sedent arietà).Promozione stili corretti di vita. (DIETA,FUMO) Monitoraggio terapia farmacologia in atto.</p>	<p style="text-align: center;">6 Valuta il monitoraggio clinico diagnostico- terapeutico (3,6,12 mesi)e prescrive gli esami previsti nel Follow-up</p>	<p>7- -.Invia all'ambulatorio di Cardiologia per Ecocardiogramma secondo le linee guida oppure,previo contatto diretto con lo specialista, in caso di peggioramento condizioni cliniche del paziente.</p>	<p style="text-align: center;">8 Gestisce a domicilio,in collaborazione con lo specialista e con il medico di Comunità i pazienti con grave instabilità clinica .Segnala al P.U.A. O Punto Insieme i pazienti con bisogni socio- sanitari.</p>

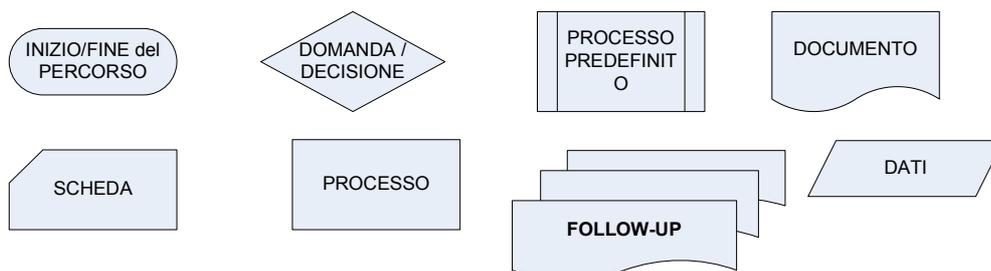
Infermiere/OSS Fase 1 -Azioni			
-1-partecipa al corso e acquisisce KNOW-HOW	2 Dà appuntamenti ai soggetti che rispondono alla proposta di ingresso nell'ambulatorio orientato.	3 Prepara elenchi soggetti arruolati e li invia al Medico di Distretto	4 Dopo che sono stati visionati dal MMG,annota i dati in cartella, li aggiorna e li consegna alle date stabilite al medico ASC.
5 Raccoglie documentazione per eventuale esenzione ticket.	6 Misura; peso,BMI.Pa. Circonferenza vita	7 Prenota direttamente tramite CUP visita ed esami specialistici, tramite in ambulatori dedicati	8 Promuove periodicamente L'educazione sanitaria del paziente in particolare l'autogestione del diuretico e l'autoanalisi di alcuni parametri quali diuresi,peso,sintomi di allarme
9.Verifica le date dei controlli presso l'ambulatorio e contatto telefonico del paziente.	10-Registra i dati nella cartella informatizzata e li invia al medico ASC per monitoraggio per elaborazione dati.	11.	12

<p align="center">Paziente Fase 1-Azioni</p>			
<p align="center">1 Dà assenso all'ingresso nel percorso firmando l'apposito modulo del consenso informato.</p>	<p align="center">2 Effettua quanto concordato con il MMG e inf. soprattutto a riguardo gli stili di vita corretti</p>	<p align="center">3 Risponde alle chiamate dell'infermiere e si presenta ai controlli stabiliti.</p>	<p align="center">4 Effettua gli approfondimenti diagnostici e le visite specialistiche consigliate dal MMG.</p>
<p align="center">Medico di Distretto Fase 1-Azioni</p>			
<p>Verifica arruolamento iniziale</p>	<p align="center">2 Verifica prevalenza pazienti con le caratteristiche cliniche definite</p>	<p>Verifica follow-up dei soggetti arruolati 3-6.12 mesi</p>	<p>Verifica n° soggetti inviati dallo specialista. Analizza assieme al modulo intero il raggiungimento o meno dei target e il motivo del successo/insuccesso</p>

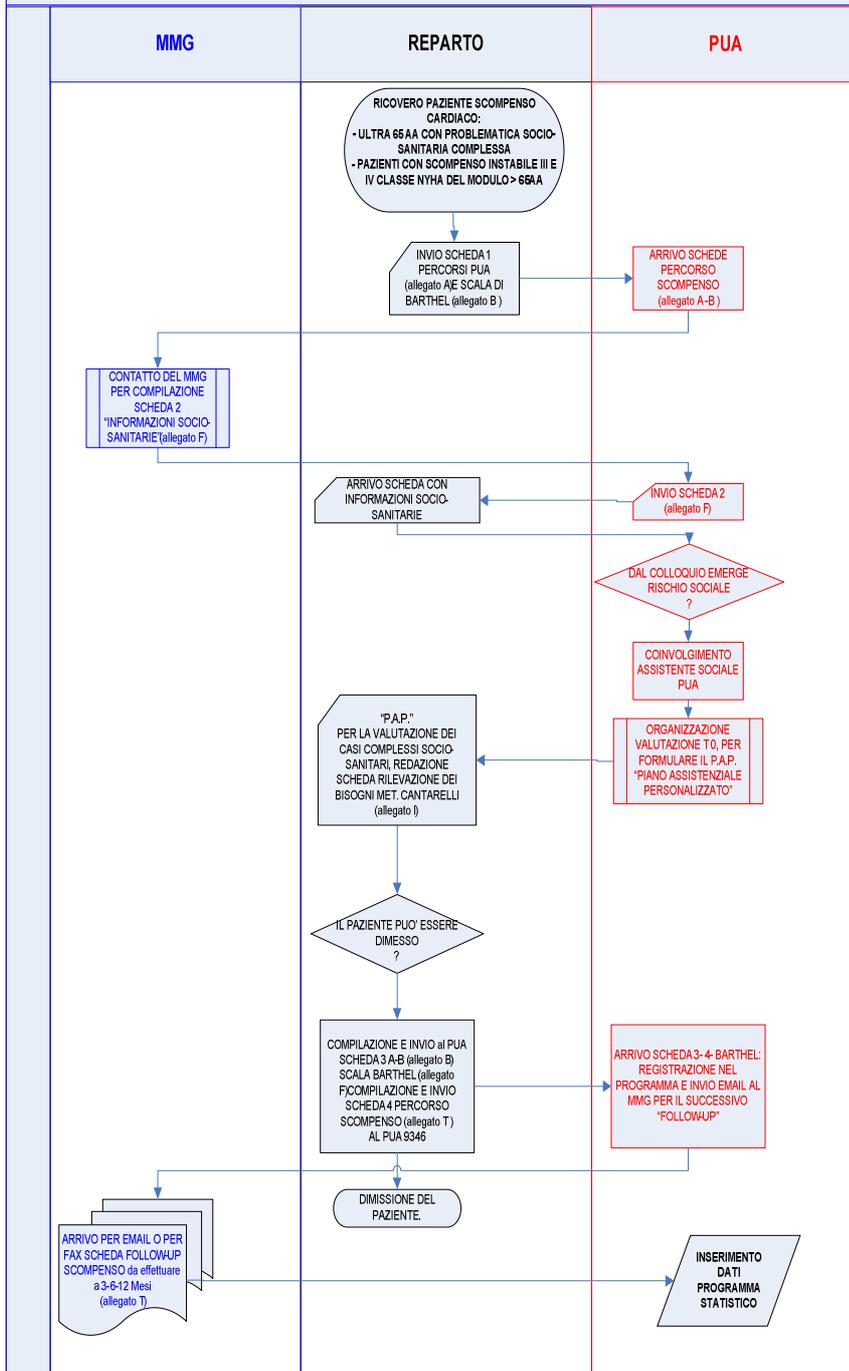
Cardiologo Fase 1 -Azioni			
<p>1 Effettua consulenze per il MMG, secondo corsie preferenziali.</p>	<p>2 Visita inquadramento</p>	<p>3 Collabora con il MMG per piano terapeutico e modalità di follow-up,.</p>	<p>4 Individua tra i pazienti che accedono in ambito ospedaliero i pazienti con sc. che possono essere avviati al team.</p>
<p>gestisce a domicilio in collaborazione con il modulo e con il Medico di Comunità i pazienti ad elevata instabilità e complessità assistenziale</p>	<p>6</p>	<p>7</p>	<p>8</p>



SIMBOLI FLOW-CHART :



PERCORSO SCOMPENSO OSPEDALE-TERRITORIO



SIMBOLI FLOW-CHART:

