

OGGETTO

PSDTA Scopenso Cardiaco.

REVISIONI

Rev.	Data	Descrizione	Redazione	Approvazione	Emissione
1	11/01/2023	Revisione	M. Conti <i>Dirigente SC Medicina Interna</i>	M. Occhi <i>Direttore Sanitario Azienda</i>	A. Mesto <i>Resp. SS QARM</i>
0	05/12/2017	Prima stesura	Valter Saracco <i>Direttore Dipartimento Medicina</i>	Emma Zelaschi <i>Direttore Sanitario Azienda</i>	Anna Mesto <i>Responsabile SS QARM</i>

Referente controllo Qualità e appropriatezza delle procedure: P. Ghelardi

Referente Monitoraggio Near Miss / Eventi avversi, verifiche indicatori e reportistica: L. Corsello

Referente Metodologico UNI EN ISO 9001: D. Meschia

GRUPPO DI LAVORO

Componente	Ruolo
T. Ferraris	Direttore SC Direzione di Presidio
M. Lepratto	Dirigente SC Direzione di Presidio
R. Abbruzzese	Dirigente Medico Struttura Complessa Geriatria
J. Perversi	Dirigente Medico Struttura Complessa Cardiologia
C. Magnotta	Medico Cardiologo Territoriale
R. Parisi	Medico di Medicina Generale
P. Ercole	Medico di Medicina Generale
A. Morra	Dirigente Medico Direzione di Distretto
T. Bruno	Responsabile Territoriale DiPSa
C. Boero	Responsabile progetto IFeC
G. Giacomini	Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva
M. Fresia	IFeC
C. Padovan	Infermiera della Cardiologia Ospedaliera
I. Bevilacqua	Dirigente Medico SISP
E. La Venia	Infermiera Ambulatorio Medicina e Geriatria

Il documento viene condiviso con la / le seguenti Associazioni di Volontariato:

INDICE

1	OBIETTIVO.....	2
2	GENERALITÀ.....	2
	2.1 Logiche e analisi del contesto.....	2
	2.2 Ambito di applicazione.....	3
	2.3 Abbreviazioni e terminologia.....	5
3	PROCESSO.....	5

3.1 Attività del processo e responsabilità.....	5
3.2 Rischi ed opportunità.....	11
3.3 Indicatori di misurazione.....	11
4 RIFERIMENTI.....	11
4.1 Processi collegati.....	11
4.2 Riferimenti bibliografici / normativi.....	11
5 ALLEGATI.....	12

1 OBIETTIVO

- Definire standard di percorso assistenziale da garantire in ambito aziendale;
- informare e formare personale, utenti e caregiver;
- ridurre la variabilità nei comportamenti dei Professionisti;
- miglioramento della gestione complessiva dei Pazienti;
- riduzione re-ospedalizzazioni.

2 GENERALITÀ

2.1 Logiche e analisi del contesto

Lo scopenso cardiaco (SCC) è una delle patologie più diffuse nei paesi occidentali, la cui incidenza e prevalenza aumentano con l'età. In Italia, la prevalenza dello SCC è di circa l'1,25% (Piccinni et al., 2017) e rappresenta uno dei primi DRG medici in termini di dimissioni (circa 2.8% del totale) e di remunerazione (2,1% del totale) (Regione Piemonte, 2021). Nella fattispecie di Asl AT, secondo gli ultimi dati disponibili, il tasso di ricoveri per SCC è stato dell'1.19*1000 abitanti (Agenas, 2020), che si sono distribuiti come descritto nelle *Figure 1 e 2*.

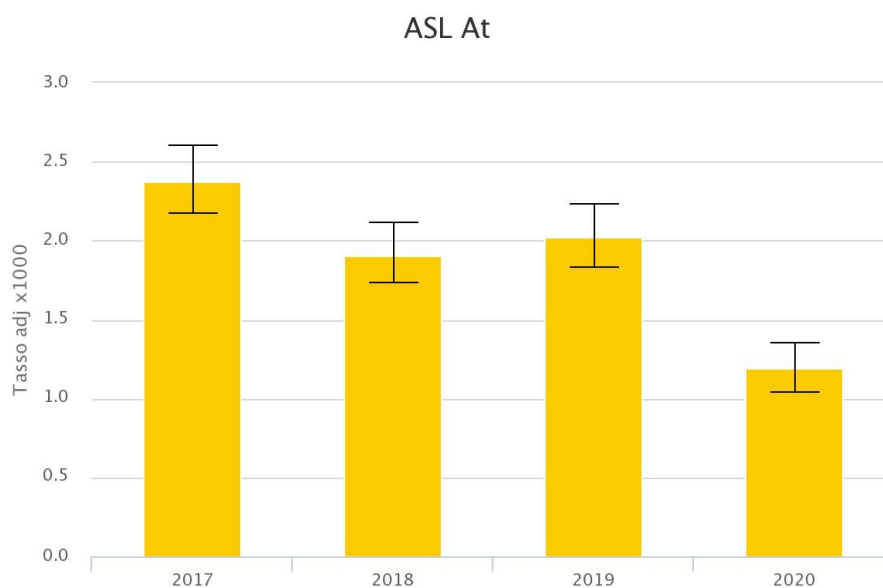


Figura 1 - Tasso aggiustato delle ospedalizzazioni per scopenso cardiaco dei residenti nell'ASL di Asti nel 2020.

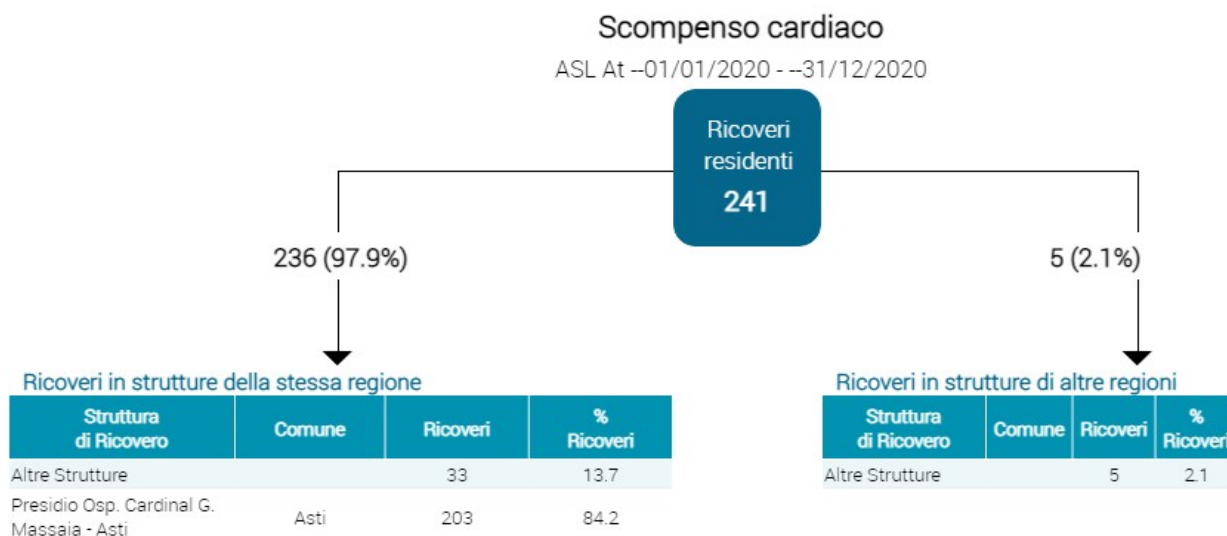


Figura 2 - Distribuzione delle ospedalizzazioni dei residenti nell'ASL di Asti nel 2020.

Essendo la più importante causa di ospedalizzazione nei Pazienti oltre i 65 anni (Regione Piemonte, 2021), è fondamentale la messa in atto di un percorso di cura, coerente con le linee di indirizzo regionali e con il Piano nazionale cronicità, che sia in grado di rafforzare le cure primarie attraverso un approccio multidisciplinare, il più possibilmente standardizzato. Ciò coerentemente anche con le linee guida sullo SCC della European Society of Cardiology, secondo la quale un sistema organizzato di cura dei Pazienti con scopenso cardiaco migliora i sintomi e riduce ospedalizzazioni e mortalità (ESC, 2021).

2.2 Ambito di applicazione

2.2.1 Destinatari

Pazienti con scopenso cardiaco di prima diagnosi o noto con:

- classe **NYHA II-III** classe **III e III-IV**.

Si tratta pertanto di pazienti con SCC **con limitazione dell'attività fisica** (Tabella 1).

Tabella 1: classificazione dell'insufficienza cardiaca secondo funzionalità fisica della "New York Heart Association" (NYHA).

Classe	Definizione	Limitazione	Esempio
I	L'attività fisica ordinaria non causa affaticamento eccessivo, dispnea o palpitazioni.	Assente	Può completare qualunque attività che richieda ≤ 7 MET: <ul style="list-style-type: none"> • Trasportare 11 kg salendo 8 scalini • Trasportare oggetti del peso di 36 kg • Spalare la neve • Vangare • Sci • Giocare a squash, palla mano o basketball • Correre o passeggiare per 8 km/h
II	L'attività fisica ordinaria provoca affaticamento, dispnea,	Lieve	Può completare qualunque attività che richieda ≤ 5 MET: <ul style="list-style-type: none"> • Rapporti sessuali senza interruzione

	palpitazioni o angina.		<ul style="list-style-type: none"> • Giardinaggio • Pattini a rotelle • Camminare a 7 km/h su un terreno piano • Salire su una scala a un ritmo normale senza sintomi
III	A suo agio a riposo; un'attività fisica inferiore all'ordinario provoca affaticamento, dispnea, palpitazioni o angina.	Moderato	Può completare qualunque attività che richieda ≤ 2 MET: <ul style="list-style-type: none"> • Fare la doccia o vestirsi senza fermarsi • Spogliarsi e riordinare il letto • Pulire le finestre • Giocare a golf • Camminare 4 km/h
IV	Sintomi si manifestano riposo; qualsiasi attività fisica aumenta il disagio.	Grave	Non può eseguire o completare alcuna attività che richieda ≥ 2 MET; non può praticare alcuna delle attività precedenti

MET: equivalente metabolico di attività, ossia una misura di quanta energia viene spesa rispetto al rimanere a riposo.

2.2.2 Responsabili dell'applicazione

- MMG;
- Medici Specialisti Ospedalieri in Cardiologia;
- Medici Specialisti Ospedalieri in Medicina e Geriatria;
- Medici Specialisti Territoriali in Cardiologia;
- IFeC;
- Infermieri Ambulatoriali.

2.2.3 Contesto organizzativo

Il presente PSDTA è da applicarsi nel contesto dell'ASL AT che è composto da 106 comuni, per una popolazione residente di 201.529 abitanti, di cui 53.318 (26% del totale) hanno più di 65 anni.

- La rete di servizi dell'ASL AT che è volta a garantire l'implementazione dei contenuti del PSDTA è costituita da:
 - 1 Distretto;
 - 15 Unità Territoriali;
 - 131 MMG;
 - 1 Presidio Ospedaliero (Ospedale Cardinal Massaia di Asti) che si avvale della propria Struttura Complessa di Cardiologia ed UTIC;
 - Ambulatori Ospedalieri e Territoriali con agenda dedicata:
 - **Ambulatorio ospedaliero SCC avanzato** in seno alla **Cardiologia Ospedaliera**, riservato a Pazienti di **età uguale o inferiore a 70 anni e FE \leq 40%**:
 - **martedì ore 15:00 - 18:00**: 4 visite complete (ecocardiogramma se necessario) o al mattino (ore 8:30 - 15:30): 6 visite complete.
 - **giovedì ore 16:00 - 18:00**: 3 ecocardiogrammi (riservati esclusivamente ai Pazienti seguiti da tale Ambulatorio).
 - **Ambulatorio SCC** in seno alla **Medicina Interna**:
 - **il secondo e il quarto venerdì di ogni mese ore 8.30 - 14.00** (8-10 slot)
 - **Ambulatorio SCC** in seno alla **Geriatria**:
 - martedì e venerdì ore 11.30 – 12.30: 2 slot ognuno, ogni 2^a e 4^a settimana del mese
 - **Ambulatori SCC Territoriali**:

- Sede di Asti: effettuazione di ecocardiografia per SCC il **mercoledì ore 17.00** e **giovedì ore 18.00**.
- Sede di Asti (Ospedale Cardinal Massaia): 1 slot per ogni specialista a settimana.
- sede di Asti effettuazione ecocardiografia SCC 2 posti.
- sede di Nizza 1 posto ecg+visita agenda 1747 **lunedì ore 13:30**.
- sede di Nizza 1 posto ecocardiografia agenda 1016 **lunedì ore 14:00**.
- Sede di Canelli (Casa della Salute): 1 slot settimanale.
- Sede di Nizza (Poliambulatorio Territoriale): 1 slot settimanale ore 16:15 agenda 1016.
- Sede di Villafranca/S.Damiano (Casa della Salute): 1 slot settimanale.
- Sede di Villanova (Unità Territoriale): 1 slot settimanale.

2.3 Abbreviazioni e terminologia

- **Aa** - anni
- **BB sn** - blocco di branca sinistra.
- **BB dx** - blocco di branca destra.
- **BFA** - blocco fascicolare anteriore.
- **COT** - Centrale Operativa Territoriale.
- **DRG** - diagnosis related groups.
- **ECG** – Elettrocardiogramma.
- **HFREF** - heart failure with reduced ejection fraction.
- **IFeC** - infermieri di famiglia e comunità.
- **IVS** - Ipertrofia Ventricolare con Sovraccarico.
- **MMG** - Medici di Medicina Generale.
- **NYHA** - New York Heart Association.
- **SCC** - scopenso cardiaco.
- **FE** - frazione di eiezione, indice di funzionalità cardiaca che misura la quantità di sangue emessa dal cuore ad ogni contrazione, espressa in percentuale.

3 PROCESSO

3.1 Attività del processo e responsabilità

3.1.1 Modalità di ingresso del paziente nel PSDTA

I Pazienti eleggibili (come da classe NYHA riportata nel paragrafo 2.2.1) possono accedere al percorso attraverso:

- nuovo riscontro di SCC;
- SCC già noto che ha necessitato di ricovero con diagnosi principale di SCC.
- SCC già noto in follow-up territoriale che non ha necessitato di ricovero.

3.1.2 Descrizione dei percorsi: nuovo riscontro di SCC

Identificazione del Paziente

- a) I MMG identificano gli Assistiti con sospetto SCC tramite l'utilizzo delle classi NYHA, segni e sintomi. Compatibilmente con la tempistica, in base alla priorità clinica, i medesimi Professionisti, prima di inviare i Pazienti allo specialista, prescrivono loro l'esecuzione di ECG, RX Torace ed esame proBNP.

I Pazienti vengono poi inviati alla Cardiologia Territoriale per l'accertamento della diagnosi clinico-strumentale, che prevede l'esecuzione di RX torace, ECG e proBNP. In questa fase c'è una prima impostazione della terapia.

Possibili rilievi e provvedimenti adottati

In tutti i casi descritti di seguito, si invia il Paziente alla Cardiologia Ospedaliera per indagare l'eziopatogenesi del disturbo:

1. alterazione della cinesi all'ECG (esempi: disturbo di conduzione – BB sn; BB dx completo; BFA -atipie significative ST-T; IVS con sovraccarico);
2. alterazioni all'RX torace (esempi: stasi del piccolo circolo; aumentato indice cardio-toracico)
3. anomalie peptidi natriuretici atriali: NT-proBNP>125pg/mL;
4. FE ridotta;
5. presenza di clinica ingravescente (classi NYHA III e IV).

Nei seguenti ultimi casi si dà luogo alla presa in carico del Paziente da parte della Cardiologia Territoriale con prosecuzione del follow-up in quella sede:

1. FE conservata;
 2. normocinesi;
 3. sintomi lievi.
- b) La **Geriatría** o la **Medicina Interna** identificano, tra gli Assistiti coloro che potrebbero essere inseriti nel percorso del PSDTA SCC tramite anamnesi, segni e sintomi di SCC: l'accertamento clinico-strumentale e una prima impostazione **di terapia avvengono nei loro ambulatori con gli stessi criteri di cui sopra**, ed il Paziente segue il percorso del follow-up Medicina Interna / Geriatría.

Distribuzione dei Pazienti negli ambulatori di riferimento

La **Cardiologia Ospedaliera**, definita eziopatogenesi e terapia, dispone il percorso successivo dei Pazienti in base all'età e alle necessità degli stessi:

- c) **Paziente <= 70aa e FE < 40%**: costituisce sede di riferimento l'**Ambulatorio SCC avanzato della Cardiologia Ospedaliera** con follow up medico e infermieristico **per 12 mesi** come da flow chart (**Ida 912 FC** Pazienti con riscontro di scompenso dal Territorio). Si precisa che il follow-up di 12 mesi deve essere richiesto dal Reparto di Cardiologia (tramite mail ambulatoriocardiologia@asl.at.it). Dopo i 12 mesi, il Paziente viene preso in carico, tramite attivazione della **COT** (csd@asl.at.it), dal follow up infermieristico territoriale (**IFeC**).
- d) **Paziente > 70 aa e FE < 40% oppure > 75 aa**: l'Ambulatorio di riferimento è la Medicina Interna **fino ai 75 aa**, superati i 75 aa di età i riferimenti sono:
 - la Medicina Interna e la Geriatría - questi ambulatori sono contattati tramite richiesta da Reparto a mezzo C4. Dopo i 90 giorni, il Paziente viene preso in carico, tramite attivazione della **COT** (csd@asl.at.it), dal follow up infermieristico territoriale (**IFeC**) come da flow chart (**Ida 912 FC** Pazienti con riscontro scompenso da territorio).
 - oppure la Cardiologia Territoriale che attiva immediatamente la **COT** (csd@asl.at.it) per il passaggio in carico all'**IFeC** di competenza. A questo Ambulatorio confluiscono tutti quei pazienti degli altri ambulatori la cui gestione ospedaliera (per stabilità o clinica compatibile) è ritenuta non necessaria.

Follow-up medico/infermieristico

Composto da azioni durature nel tempo sia mediche che infermieristiche.

- a) Se il Paziente è seguito dalla Cardiologia Ospedaliera il follow up viene eseguito per 12 mesi da Infermieri della Cardiologia Ospedaliera. Seguono lo schema mostrato in Tabella 2;
- b) se il Paziente è seguito dagli ambulatori interdivisionali (Medicina Interna/Geriatría), il follow up medico-infermieristico viene eseguito come da Tabella 3;
- c) se il Paziente è seguito dalla Cardiologia Territoriale, il follow up viene eseguito direttamente dall'**IFeC** di competenza come da Tabella 4.

Tabella 2

FOLLOW-UP MEDICO	FOLLOW-UP INFERMIERISTICO
<ul style="list-style-type: none"> • VISITA +ECG: 1-3-6-12 mesi. <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>La ricetta dematerializzata è emessa dallo specialista</u> • Ematochimici: 1-3-6 mese poi ogni 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sempre: cretinemia, sodio, potassio, pro-BNP ▪ A 6 mesi: emocromo, ferro, ferritina, transferrina ◦ <u>La ricetta dematerializzata è emessa dal MMG</u> • ECOTT: se necessario a 6 mesi e 12 mesi <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>La ricetta dematerializzata è emessa dallo Specialista</u> <p>Possibili variazioni decise dallo specialista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico prima della dimissione; • Follow up telefonico a 15 giorni-2-4-7-9-11 mesi <p>Se possibile 2 non telefonici, ma in Ambulatorio.</p>

Tabella 3

FOLLOW-UP MEDICO	FOLLOW-UP INFERMIERISTICO
<ul style="list-style-type: none"> • VISITA +ECG: 1-3 mesi. <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>La ricetta dematerializzata è emessa dallo Specialista</u> • Ematochimici: 1-3-6 mese poi ogni 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sempre: cretinemia, sodio, potassio, pro-BNP ▪ A 6 mesi: emocromo, ferro, ferritina, transferrina ◦ <u>La ricetta dematerializzata è emessa dal MMG</u> • ECOTT: se necessario a 6-12 mesi <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>La ricetta dematerializzata è emessa dallo Specialista</u> <p>Possibili variazioni decise dallo specialista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico prima della dimissione; • Follow up telefonico a 15 giorni-2 mesi • In Ambulatorio a 1-3 mesi <ul style="list-style-type: none"> ◦ (programmazione ematochimici, prenotazioni visite ed ECG, ECOT)

Tabella 4

FOLLOW-UP MEDICO	FOLLOW-UP INFERMIERISTICO
<ul style="list-style-type: none"> • VISITA +ECG: 1-3-6-12 mesi. <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>La ricetta dematerializzata è emessa dallo Specialista</u> • Ematochimici: 1-3-6 mese poi ogni 6 mesi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sempre: cretinemia, sodio, potassio, pro-BNP ▪ A 6 mesi: emocromo, ferro, ferritina, transferrina ◦ <u>La ricetta dematerializzata è emessa dal MMG</u> • ECOTT: se necessario a 6-12 mesi <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>La ricetta dematerializzata è emessa dallo Specialista</u> <p>Possibili variazioni decise dallo specialista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico in Ambulatorio; • Follow up telefonico a 2-4-9-11 mesi poi ogni mese/2 mesi su valutazione IFeC • In Ambulatorio a 15 giorni-7 mesi su valutazione IFeC <ul style="list-style-type: none"> ◦ (programmazione ematochimici, prenotazioni visite ed ECG)

Portate a compimento le azioni mostrate nelle Tabelle 2 e 3, il follow up viene demandato interamente all'IFeC di competenza. Il follow up dell'IFeC avviene su attivazione da parte della COT; l'IFeC segnala alla COT, tramite indirizzo email csd@asl.at.it, eventuali variazioni che determinino modifiche al percorso del Paziente.

Follow-up infermieristico territoriale

Contattata la COT, attivato l'IFeC, questo follow-up prevede:

1. Un primo contatto telefonico tra IFeC e Paziente per programmare una visita iniziale in presenza;
2. follow-up come da *Tabella 4* (in presenza o telefonici come indicato da **Ida 912 FC** Pazienti con riscontro scompensio da territorio) con compilazione e aggiornamento periodico di:
 - griglia di monitoraggio (**Ida 964 MD** Diario quotidiano della salute per la gestione dello Scompensio Cardiaco; **Ida 967 MD** Griglia di monitoraggio SCC);

- follow-up telefonico (**Ida 965 MD** Follow up telefonico Scopenso Cardiaco con scala Morisky);
- attuazione del PAI.

In caso di:

- **Paziente stabile:** prosecuzione dei follow-up mensili;
- **Paziente instabile:** rinvio del Paziente al MMG, con eventuale rimando alla Cardiologia Territoriale o Ospedaliera in base alle necessità dell'ammalato.
- **Paziente ritornato a stabilità:** il Paziente rientra sotto follow-up infermieristico territoriale tramite segnalazione del MMG alla COT al fine di riattivare l'IFeC di riferimento.

L'IFeC in questo contesto assolve, non solo il ruolo di monitorare lo stato cardiologico del Paziente, ma anche il suo stato di benessere in toto e il contesto in cui vive (es. abitazione, fattori di rischio, comportamenti favorevoli al benessere), come spiegato nell'allegato "Scheda sintetica ruolo IFeC".

3.1.3 Descrizione dei percorsi medici: SCC già noto che ha necessitato di ricovero con diagnosi principale di SCC

Identificazione del Paziente

Un Paziente con **diagnosi nota di SCC** che venga ricoverato, con diagnosi principale di SCC, in Cardiologia, Geriatria o Medicina viene valutato per l'eventuale arruolamento nel presente PSDTA.

Qualora presenti le caratteristiche adatte ad essere inserito nel percorso (come da classe NYHA riportata nel paragrafo 2.2.1), lo Specialista del Reparto segnala il Paziente all'Infermiere dell'Ambulatorio tramite:

- a) richiesta applicativo su DSHOP (C4 CPSI), se il Paziente è stato ricoverato nel reparto di Geriatria o Medicina;
- b) richiesta a mezzo mail (ambulatoriocardiologia@asl.at.it), se il Paziente è stato ricoverato nel reparto di Cardiologia.

Intervento infermieristico

48 ore prima delle dimissioni viene informato l'Infermiere ambulatoriale da parte del NDCC/NDCC o Reparto.

Attività dell'Infermiere Ambulatoriale:

- a) eseguire una prima visita al letto del Paziente, con una prima intervista anamnestica;
- b) fornire spiegazione del percorso di cura PSDTA e dei suoi termini;
- c) verificare che il Paziente / caregiver sia in grado di rispondere al successivo follow-up telefonico:
 - se in grado, il Paziente / caregiver viene avviato al follow-up;
 - se non in grado, il Paziente viene segnalato alla COT, che attiva l'IFeC per la presa in carico territoriale.

Follow-up medico / infermieristico ospedaliero

La prima fase del follow-up viene effettuata in ospedale, in due possibili modalità:

- a) se il Paziente ha una frazione d'eiezione <40% e <70aa: follow-up nell'Ambulatorio ospedaliero della Cardiologia per 12 mesi (Tabella 2);
- b) se il Paziente ha una frazione d'eiezione <40% e >=70aa: follow-up nell'Ambulatorio ospedaliero di Medicina o Geriatria (in base alla provenienza del ricovero) per 90 giorni.

In entrambi i casi, le cadenze e le operazioni previste per il follow-up sono indicate nella flowchart (**Ida 911 FC** Paziente con diagnosi nota di Scopenso Cardiaco e necessità di ricovero). Seguono poi i monitoraggi di aderenza e completamento del follow-up ospedaliero, previa compilazione da parte degli infermieri dei documenti relativi (allegati griglia di monitoraggio, parametri, stile di vita, aderenza terapeutica).

Qualora non si riscontri aderenza al follow-up, si contatta la COT per comunicazione ed eventuale attivazione dell'IFeC.

Follow-up medico/infermieristico territoriale

Trascorso il periodo di follow up ospedaliero, viene contattata la COT per l'attivazione dell'IFeC di competenza e la prosecuzione territoriale del follow-up.

3.1.4 Descrizione dei percorsi medici: SCC già noto in follow-up territoriale che non ha necessitato di ricovero con diagnosi principale di SCC

Identificazione del Paziente

Il Paziente con SCC già noto che presenta un peggioramento viene identificato da IFeC o MMG o ambulatori di Medicina Interna/Geriatria (secondo clinica – classe NYHA – o FE) e, qualora non necessiti di ricovero, viene inviato alla Cardiologia Territoriale.

Cardiologia Territoriale

Il Cardiologo Territoriale valuta le opzioni terapeutiche. Qualora non fosse sufficiente la terapia medica ottimizzata a stabilizzare il Paziente, lo invia alla Cardiologia Ospedaliera.

Cardiologia Ospedaliera

Se la Cardiologia territoriale non ha raggiunto la stabilizzazione del Paziente, quest'ultimo viene trattato dalla Cardiologia Ospedaliera. Dopo il ricovero, la Cardiologia Ospedaliera predispone il necessario follow-up **come da punto 3.1.3.**

3.1.5 Prevenzione

Promozione dell'attività fisica

Per migliorare la prognosi delle persone affette da patologie cardio-cerebrovascolari valgono le stesse raccomandazioni previste dall'OMS per le persone sane raggiungendo, se possibile, i 150 – 300 minuti alla settimana di attività fisica aerobica a intensità moderata. Il paziente con malattie cardiovascolari manifesta spesso una minore tolleranza all'esercizio: coloro che non sono in grado di svolgere attività fisica per 30 minuti continuativi, possono praticare la stessa attività in base alle proprie capacità e alle condizioni cliniche, per frazioni di tempo inferiori, ripetute più volte nella stessa giornata, ottenendo comunque dei benefici. Infatti anche con quantità minime di attività fisica, (60 minuti a settimana) possono essere raggiunti alcuni benefici per la salute, in base al principio che poco è meglio di niente.

I pazienti con quadro clinico più compromesso, possono beneficiare di limitate quantità di attività fisica supervisionata e personalizzata sulla base delle reali condizioni cliniche.

IFeC durante il primo colloquio infermieristico con il paziente affetto da scompenso cardiaco:

- rileva la presenza di sedentarietà o inattività. L'OMS considera sedentario ogni comportamento caratterizzato da un dispendio energetico $\leq 1,5$ equivalenti metabolici (Metabolic Equivalent of Task, MET), come lo stare seduto, disteso o supino;
- raccomanda di interrompere spesso (almeno ogni 30 minuti) i periodi trascorsi in posizione seduta o reclinata con pause anche brevi di attività (pause attive di 2-3 minuti);
- incoraggia la pratica quotidiana di attività fisica, invitando il paziente a cogliere ogni occasione per svolgere esercizi di lieve intensità (ad esempio camminare lentamente, alzarsi spesso dalla sedia e camminare in casa, fare le scale) che in genere non comportano rischi importanti;
- fornisce le informazioni relative alle iniziative di promozione dell'attività fisica attive sul territorio ASL AT.

L'articolazione delle iniziative e le modalità di iscrizione saranno rese disponibili agli Ambulatori Ospedalieri e Territoriali e ai MMG per l'invio dei pazienti che non presentano controindicazioni allo svolgimento di attività fisica moderata.

Prevenzione vaccinale

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 ha definito le vaccinazioni indicate per i soggetti affetti da patologie cardiovascolari, in considerazione del rischio aumentato di contrarre malattie infettive invasive e sviluppare gravi complicanze.

IFeC durante il primo colloquio infermieristico verifica lo stato vaccinale per:

- Pneumococco;
- Herpes-Zoster;
- Influenza stagionale;
- Covid 19.

Invia al Centro Vaccinale Covid Territoriale i pazienti che necessitano di booster.

Invia al MMG i pazienti non vaccinati per:

- Pneumococco
- Herpes Zoster
- Influenza stagionale (verifica annuale, prima dell'inizio della stagione influenzale).

MMG propone ed effettua la vaccinazione per:

- Pneumococco: con la seguente schedula: una dose di PCV13 (vaccino antipneumococcico coniugato), seguita da una dose di PsV23 (vaccino antipneumococcico polisaccaridico) a 6-12 mesi dopo la dose di PCV13;
- Herpes Zoster: con utilizzo del vaccino ricombinante. Il ciclo è composto da 2 dosi, da somministrare a distanza di 2 mesi l'una dall'altra.

I vaccini per pneumococco e Herpes Zoster sono co-somministrabili nella stessa seduta, preferibilmente durante il periodo primaverile/estivo per evitare la sovrapposizione con il periodo dell'antinfluenzale;

- Antinfluenzale al paziente e ai conviventi/caregiver.

Promozione della cessazione del fumo

Invio dei pazienti nefropatici fumatori ai Centri Trattamento Tabagismo del territorio, senza necessità di impegnativa del MMG.

3.1.6 Telemedicina

Telerefertazione di ECG

Per chi fosse incapacitato a recarsi negli Ambulatori preposti, è prevista l'effettuazione di ECG a domicilio da parte di IFeC / Infermieri Territoriali.

Gli ECG vengono poi inviati a un servizio di refertazione esternalizzato con ritorno del referto nell'arco di 30 minuti.

3.2 Rischi ed opportunità

ANALISI SWOT

	Punti di forza	Punti di debolezza
<i>Elementi interni</i>	<ul style="list-style-type: none"> Multidisciplinarietà. Team building. Introduzione nuova figura professionale (IFeC). 	<ul style="list-style-type: none"> Mancanza di sistemi informativi integrati ed omogenei.
	Opportunità	Rischi
<i>Elementi esterni</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ottimizzazione delle risorse nella gestione dei pazienti. 	<ul style="list-style-type: none"> Carenza informativa.

3.3 Indicatori di misurazione

Critero	Indicatore	Tipo	Rilevazione	Standard	Inf. Doc.
Presa in carico pazienti dimessi da Medicina, Geriatria e Cardiologia	Pazienti presi in carico a livello ambulatoriale / Pazienti dimessi con prima diagnosi di SCC	%	Annuale	70 %	
Presa in carico pazienti dal Territorio	Pazienti presi in carico dall'IFeC / Pazienti segnalati dalla COT all'IFeC	%	Annuale	80 %	
Riospedalizzazione di pazienti dimessi presi in carico ambulatorialmente	Riammissione ospedaliera entro 30 giorni dalla dimissione / totale pazienti presi in carico ambulatorialmente	%	Annuale	14 %	PNE 2021

4 RIFERIMENTI

4.1 Processi collegati

- Non definito.

4.2 Riferimenti bibliografici / normativi

- UNI EN ISO 9001: 2015 – Gestione dei Sistemi Qualità, requisiti.
- Idp / 5 – Informazioni documentate.
- Agenas, Piano Nazionale Esiti, 2020.
- European Society of Cardiology, Linee guida per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico, 2021.
- Piccinni C, Antonazzo IC, Simonetti M, Mennuni MG, Parretti D, Cricelli C, Colombo D, Nica M, Cricelli I, Lapi F. The Burden of Chronic Heart Failure in Primary Care in Italy. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2017 Jun;24(2):171-178. doi: 10.1007/s40292-017-0193-4. Epub 2017 Mar 21. PMID: 28324597.
- Regione Piemonte, Percorso di salute e diagnostico terapeutico assistenziale Scompenso Cardiaco, Ottobre 2021.
- Piano Nazionale di Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019.
- Regione Piemonte, 2021: DD 1283/A1409B/2021 “La vaccinazione contro Herpes Zoster in Regione Piemonte”.

- Ministero della Salute - Tavolo di lavoro per la promozione dell'attività fisica e la tutela della salute nelle attività sportive "Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie" novembre 2021.

5 ALLEGATI

Codice	Tipo	Titolo
Ida 911	FC flowchart	Pazienti con diagnosi nota scompenso
Ida 912	FC flowchart	Pazienti con riscontro scompenso da territorio
Ida 939	FC flowchart	Preso in carico infermieristica del paziente con Scompenso Cardiaco
Ida 981	FC flowchart	Pazienti con riscontro del MMG sospetto Scompenso Cardiaco
Ida 962	AL allegato	Informazioni e consigli per conoscere e gestire lo Scompenso Cardiaco
Ida 963	MD modello	Intervista al paziente con Scompenso Cardiaco
Ida 964	MD modello	Diario quotidiano della salute per la gestione dello Scompenso Cardiaco
Ida 965	MD modello	Follow up telefonico Scompenso Cardiaco con scala Morisky
Ida 966	MD modello	Comunicazione al MMG per adesione trattamento SCC