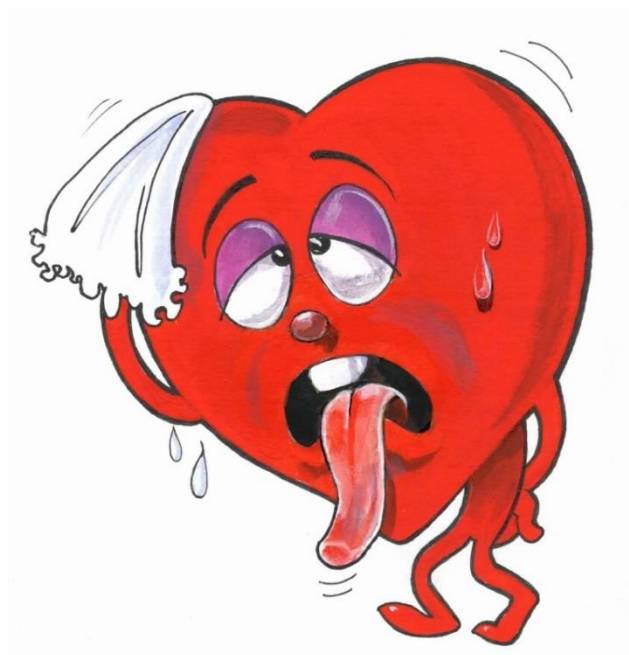


PDTA
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

SCOMPENSO CARDIACO CRONICO
NEL PAZIENTE ADULTO



SOMMARIO

ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE	3
elaborazione - COMUNITA' DI PRATICA 2024	3
VALIDAZIONE	4
APPROVAZIONE FORMALE	4
REFERENTE CLINICO	5
raccolta e elaborazione DATI e reporting	5
STATO DELLE REVISIONI	5
DEFINIZIONI (Adattamento da: "Management dell'emergenza urgenza intraospedaliera – linee guida ILCOR – ERC 2010")	6
Schema comparativo delle definizioni adottate	7
ABBREVIAZIONI/ACRONIMI	9
SCOPI, OBIETTIVI E RAZIONALE in generale DEL PDTA	10
OGGETTO del pdta dello scompenso cardiaco NELL'ADULTO	12
OGGETTO E INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA	12
CODIFICHE ICD- IX CM	13
CRITERI DI INCLUSIONE	13
ICD 9 CM DIAGNOSI	13
ICD 9 CM PROCEDURE	14
AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE	16
DATI DI ATTIVITÀ	17
DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2024	17
IL RAGIONAMENTO CLINICO	19
FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO	19
LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO	20
Riabilitazione cardiovascolare	26
LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	28
il PERCORSO ORGANIZZATIVO	29
FLOW-CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO	29
legenda FLOW-CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO	30
FLOW CHART DEL PROTOCOLLO DI PRESA IN CARICO	35
FLOW-CHART ARRUOLAMENTO IN TELEMONITORAGGIO	35
LEGENDA FLOW CHART ARRUOLAMENTO IN TELEMONITORAGGIO	36
FLOW-CHART GESTIONE ALERT	38
LEGENDA FLOW CHART GESTIONE ALERT	39
FLOW-CHART USUAL CARE	41
LEGENDA FLOW CHART USUAL CARE	42
MONITORAGGIO E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO del pdta	45
INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO	45
ALLEGATI	46

ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE

ELABORAZIONE - COMUNITA' DI PRATICA 2024

Nominativo	Ruolo	Struttura
Carta Maria Antonietta	Fisioterapista	Med. Fisica e Riabilitativa
Delussu Maria Cristina	Infermiere	Poliambulatorio
Figus Andrea	Medico	Radiologia
Fozzi Daniela	IFO	Cardiologia
Marongiu Lucia Vincenza	IFO	Governo Clinico
Moccia Eleonora	Medico	Cardiologia
Montoya Javier	Infermiere	Cardiologia
Palmas Manuela	Medico	Abbattimento Liste D'attesa
Patta Bonaria	Farmacista	Farmaceutica Territoriale
Rocca Antonella	Infermiere	COT
Saba Daniela	Fisioterapista	Med. Fisica E Riabilitativa
Sale Francesca	Medico	Poliambulatorio
Sanna Maria Elena	Medico	Poliambulatorio
Sarobba Maria Rosa	Medico	Medicina
Serusi Marzia	IFO	Preospedalizzazione
Tiana Francesca	Medico	Governo Clinico
Meloni Pina	Medico	Distretto Nuoro

VALIDAZIONE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Barracca Maria	Direttore	Med. Fisica E Riabilitativa
Bosu Roberta	Risponsabile	Dipartimento di Prevenzione
Calvisi Maria Antonietta	Direttore	Radiologia
Doa Gianluca	Direttore	Governo Clinico
Piredda Gianfranca	Direttore	Distretto Nuoro
Pisano Mauro	Direttore	Cardiologia
Zaru Salvatore	Direttore	Medicina
Casula Antonio	Direttore	Geriatria
Raspitzu Paola	Direttore	Distretto Sorgono
Gesuina Cherchi	Direttore	Servizi Socio-Sanitari
Porcu Maria Giovanna	Direttore	Distretto Macomer

APPROVAZIONE FORMALE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Cannas Paolo	Direttore Generale	ASL Nuoro
Ponti Serafinangelo	Direttore Sanitario	ASL Nuoro

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale SCOMPENSO CARDIACO CRONICO NEL PAZIENTE ADULTO	PDTA_NU_003
--	--	-------------

REFERENTE CLINICO

Nominativo	Ruolo	Struttura
Moccia Eleonora	Dirigente Medico	SC Cardiologia San Francesco
Sale Francesca	Medico specialista ambulatoriale	Distretto di Nuoro

RACCOLTA E ELABORAZIONE DATI E REPORTING

Nominativo	Ruolo	Struttura
Nadia Pinna	Facilitatore	SC Governo clinico

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	Paragrafi revisionati	Descrizione Revisione	Data
0	Ragionamento Clinico, indicatori	Prima Stesura	16/12/2022
1	Intero documento	Prima Revisione	28/11/2023
2	Percorso Organizzativo Usual Care Telemonitoraggio e Alert Indicatori	Prima Stesura Prima Stesura Prima Revisione Seconda Revisione	23/12/2024

N.B. Le indicazioni contenute nel presente documento sono periodicamente aggiornate alla luce dell'evoluzione nelle pratiche di diagnosi e trattamento. In particolare, l'aggiornamento è previsto ogni qualvolta intervengano modifiche nell'ambito delle fonti scientifiche, bibliografiche e delle normative di riferimento, ovvero sulla base delle evidenze scaturite dai processi di audit periodici.






DEFINIZIONI (ADATTAMENTO DA: “MANAGEMENT DELL’EMERGENZA URGENZA INTRAOSPEDALIERA – LINEE GUIDA ILCOR – ERC 2010”)

Linee Guida	<p>Le linee guida (LG) sono “raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, coerenti con le conoscenze sul rapporto costo/beneficio degli interventi sanitari, allo scopo di assistere sia i medici che i pazienti nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche”. (<i>Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From Development to Use. Washington DC, National Accademic</i>).</p> <p>Le LG orientano dunque verso un’attività clinico assistenziale più omogenea, al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti degli operatori.</p> <p>Sostanzialmente una LG deve assistere al momento della decisione clinico-assistenziale ed essere di ausilio all’esercizio professionale orientato alle <i>Best Practice</i>.</p> <p>Le LG vengono emanate da organismi scientifici superiori (AHA – ILCOR – SSN); possono riguardare attività di prevenzione, diagnostiche, terapeutico-assistenziali e di follow-up e contengono raccomandazioni “pesate” in base al concetto di “forza”.</p> <p>Le raccomandazioni affermano chiaramente il tipo di azione da fare o da non fare in specifiche circostanze.</p> <p>Dalle linee guida vengono poi elaborati specifici “documenti” di intervento in uno specifico contesto organizzativo.</p>
PDTA	<p>Con il termine di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) (anche denominato Percorso Clinico Organizzativo o Algoritmo) si intende l’insieme sequenziale (da cui Percorso) di valutazioni/azioni/interventi che una Organizzazione Sanitaria adotta, in coerenza con le Linee Guida correnti, al fine di garantire a ciascun paziente le migliori possibilità di Diagnosi, Cura e Assistenza rispetto al bisogno di salute presentato. In altri termini il PDTA descrive il metodo adottato nello specifico contesto organizzativo per affrontare e possibilmente risolvere un problema di salute complesso, esplicitando i “risultati” che si vogliono ottenere, a partire da un certo insieme di dati/informazioni/valutazioni.</p> <p>Nell’interpretazione qui adottata, il PDTA è un modello formalizzato di comportamento professionale della cui stesura è responsabile la “comunità di pratica” che lo elabora e lo utilizza:</p> <p>il PDTA, di conseguenza, è da ritenersi efficace solo nel contesto organizzativo e tecnico-professionale che lo ha elaborato.</p> <p>Operativamente, un PDTA descrive le modalità con cui è affrontata una patologia o gruppi omogenei di patologie in ogni sua fase, attraverso il coordinamento di più funzioni aziendali, in un’ottica di multidisciplinarietà e integrazione di “saperi”.</p> <p>L’adozione di un PDTA non esclude la possibilità di discostarsene in relazione alle valutazioni sul singolo caso che uno specifico professionista ritiene di dover adottare secondo scienza e coscienza (le motivazioni delle possibili divergenze potranno eventualmente essere oggetto di analisi in occasione di audit periodici).</p> <p>Un metodo rapido e sintetico per rappresentare algoritmi complessi è costituito dai cosiddetti diagrammi di flusso o <i>Flow-Chart</i> (Tabella 1).</p> <p>I PDTA rappresentano l’interpretazione clinico-assistenziale della cosiddetta “gestione per processi” (all’interno di un’organizzazione i processi possono interagire tra loro, in quanto gli output di uno sono talvolta input di altro/i).</p>
Protocollo	<p>Il protocollo può essere definito come “un documento scritto che formalizza la successione di azioni prefissate e consequenziali di tipo fisico/mentale/verbale, con le quali l’operatore raggiunge un determinato risultato prefissato, di cui può essere stabilito il livello qualitativo”. (<i>Lolli, Lusignani, Silvestro, 1987</i>).</p> <p>Normalmente può descrivere alcune fasi specifiche di un PDTA e coinvolge di solito una o poche funzioni aziendali.</p>
Procedura/Istruzione Operativa	<p>La procedura è una dettagliata descrizione degli atti da compiere e/o delle tecniche da adottare per eseguire una determinata operazione. Normalmente la procedura è inserita all’interno di protocolli e/o PDTA, dei quali costituiscono una parte rilevante.</p>

SCHEMA COMPARATIVO DELLE DEFINIZIONI ADOTTATE

	Linee guida	PDTA e Procedure	Istruzione Operativa
DEFINIZIONE	Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, al fine di assistere nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.	Si riferisce ad uno specifico processo clinico - assistenziale. Descrive i risultati attesi e le azioni e procedure da attivare in una situazione clinica nota. Lascia agli operatori ampia libertà di azione per quanto riguarda i dettagli operativi.	Si riferisce ad una singola azione. È una descrizione molto dettagliata degli atti da compiere per eseguire determinate operazioni. Tutti gli operatori si attengono esattamente a quanto descritto nell'istruzione.
	È uno strumento a valenza multidisciplinare e con ampi contenuti.	È uno strumento prevalentemente multidisciplinare, finalizzato al coordinamento di molteplici ambiti organizzativi.	È tipicamente uno strumento monodisciplinare.
VALENZA	Generale.	Locale.	Locale.
DIFFUSIONE	Elaborate e diffuse da organi autorevoli a livello internazionale e nazionale.	È elaborato da una specifica comunità di pratica ed è diffuso tra gli operatori delle U.U.O.O. coinvolte.	È elaborata e diffusa dal gruppo professionale all'interno della singola Unità Operativa.
VALUTAZIONE E VALIDAMENTO	Da esperti del settore.	Responsabili di U.U.O.O. e Direzione Strategica	Dal Responsabile di U.O.
FLESSIBILITÀ	Sì	Relativamente ad uno specifico caso.	No
DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE	No	Sì	Sì
ADOZIONE E CONSERVAZIONE	Discrezionale	Obbligatoria	Obbligatoria
REFERENZIALITÀ SCIENTIFICA	Sono necessarie alla costruzione dei protocolli.	Sono necessari per valutare le performance professionali e delle U.U.O.O. coinvolte.	

Tabella 1 Simboli utilizzati nei diagrammi di flusso – Flow-Chart

 <p>INGRESSO DEL PERCORSO</p>	<p>1. L'input è rappresentato nel diagramma di flusso come ellisse; è il punto di inizio del processo; corrisponde ai bisogni, ai problemi di salute ed alle richieste di intervento che determinano l'inserimento nel processo; definisce fattori fisici e informativi acquisiti all'esterno o derivanti da altri processi.</p>
 <p>ATTIVITÀ</p>	<p>2. Le attività sono rappresentate da rettangoli. Nella descrizione delle attività, per ciascuna fase, occorre definire puntualmente le figure coinvolte, gli aspetti logistici, le tempistiche di attuazione, la documentazione prodotta, le informazioni da fornire al paziente/utente, eventuali rischi specifici correlati e, soprattutto, gli obiettivi/traguardi clinico-assistenziali da conseguire.</p>
 <p>SNODO DECISIONALE</p>	<p>3. Gli snodi decisionali sono rappresentati con un rombo. Descrivono le scelte diagnostico-terapeutiche e/o di tipo organizzativo e/o socio-assistenziale. Rappresentano in genere i punti di maggiore interesse clinico e sono spesso riferibili a raccomandazioni EBM.</p>
	<p>4. I connettori. Le interdipendenze tra le attività e gli snodi sono rappresentate da linee di congiunzione o frecce; descrivono i legami logici e di precedenza che esistono tra le fasi di un processo e, eventualmente, con altri processi.</p>
 <p>USCITA DEL PERCORSO</p>	<p>5. Gli output sono rappresentati da un'ellisse; sono il punto di uscita dal processo e corrispondono ai traguardi ed agli outcomes attesi. Un output può diventare input di un processo successivo.</p>

ABBREVIAZIONI/ACRONIMI

6MWT	Six Minutes Walking Test
ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support
ALI	Acute lung injury, danno polmonare acuto
APTT	Tempo di tromboplastina parziale attivata
ARDS	Sindrome da distress respiratorio acuto
CAP	Polmonite acquisita in comunità
CCP	Concentrati del complesso protrombinico
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation
CS	Corticosteroidi
ECG	Elettrocardiogramma
EGA	Emogas analisi
FC	Frequenza cardiaca
FID	Fossa iliaca destra
FIS	Fossa iliaca sinistra
FR	Frequenza respiratoria
GCS	Glasgow Coma Scale
ICD 9	International Classification of Diseases
ICU	Unità di cure intensive
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
INR	Rapporto internazionale normalizzato
IOT	Intubazione orotracheale
IRA	Insufficienza renale acuta
IRC	Insufficienza renale cronica
ISR	Intubazione a sequenza rapida
MDI	Metered dose inhaler (inalatori spray predosati)
ME	Medico dell'emergenza
MMG	Medico di medicina generale
MSA	Mezzo di soccorso avanzato
MSB	Mezzo di soccorso di base
MSC	Massaggio del seno carotideo
NEXUS	National Emergency X- Radiography Utilization Study
NIPPV	Ventilazione a pressione positiva non invasiva
OBI	Osservazione breve intensiva
OH	Orthostatic hypotension
ON	Occhiali nasali
PCR	Proteine C-reattiva
PCT	Procalcitonina
PDA	Percorso diagnostico assistenziale
PdC	Perdita di coscienza
PdCT	Perdita di coscienza transitoria
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PEF o PEFR	Picco di flusso espiratorio o frazione di picco di flusso espiratorio - peak expiratory flow rate
PFC	Plasma fresco congelato
PPT	Probabilità clinica pre-test
PS	Pronto soccorso
PZ	Paziente
q- SOFA	quick sepsis related organ failure assessment
SCA	Sindrome coronarica acuta
TEP	Tromboembolismo polmonare
T-LOC	Transitory loss of consciousness
TMD	Team Multidisciplinare
TVP	Trombosi venosa profonda

SCOPI, OBIETTIVI E RAZIONALE IN GENERALE DEL PDTA

Lo scopo del presente documento è quello di definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei pazienti/utenti che afferiscono all'ASL di Nuoro, migliorando il livello qualitativo dell'offerta e ottimizzando l'uso delle risorse professionali/tecnologiche/economiche dell'azienda.

Il PDTA costituisce il riferimento per tutti i professionisti sanitari della ASL di Nuoro che sono coinvolti nella gestione di una specifica patologia/problematica sanitaria e individua le "garanzie di qualità e appropriatezza fornite dai professionisti stessi a pazienti/utenti.

È, pertanto, necessaria una gestione integrata tra territorio ed ospedale sulla base delle necessità del singolo paziente che prevede, a seconda della fase della malattia e dei bisogni specifici della persona una stratificazione per complessità/gravità in sottogruppi di pazienti ed un programma assistenziale personalizzato, secondo diversificati livelli di intensità di cura, gestito mediante l'integrazione multidisciplinare di diverse competenze con il coinvolgimento attivo del paziente.

In generale il PDTA si prefigge come obiettivi specifici di:

- garantire ai pazienti un'efficace presa in carico multidisciplinare, secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili;
- definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei pazienti che afferiscono all'ASL di Nuoro;
- razionalizzare e rendere omogeneo il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale adottato;
- migliorare e facilitare l'accesso ai servizi di diagnosi e cura
- monitorare la qualità dei trattamenti attraverso l'identificazione, la raccolta e l'analisi di indicatori di processo, di volume e di esito;
- consolidare la continuità dell'assistenza;
- offrire un percorso integrato e di qualità che garantisca la presa in carico assistenziale dei pazienti, riduca e standardizzi i tempi dell'iter diagnostico- terapeutico, fissando gli standard aziendali;
- orientare il gruppo di lavoro alla multidisciplinarietà e alla condivisione delle best practice ad oggi conosciute a garanzia della sicurezza del paziente;
- perfezionare gli aspetti informativi e comunicativi con i pazienti, cui saranno garantiti:
 - la comprensione del percorso di diagnosi e cura per una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di trattamento,
 - la sinergia e l'integrazione tra le varie fasi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi
 - l'accompagnamento e l'attenzione ai bisogni aggiuntivi.

La condivisione dei percorsi clinico organizzativi costituisce un elemento fondamentale per il governo del migliore percorso di cura del paziente, sia dal punto di vista dell'efficacia e dell'efficienza delle cure, sia dal punto di vista della gestione delle risorse impiegate.

Il Percorso rappresenta uno strumento di orientamento della pratica clinica che, mediante l'adattamento alle linee guida internazionali, coinvolge e integra tutti gli operatori interessati al processo al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti attraverso la definizione della migliore sequenza di azioni, l'esplicitazione del tempo ottimale degli interventi e il riesame dell'esperienza conseguita per il miglioramento continuo della qualità in sanità.

L'ASL Nuoro ha declinato i principi di cui sopra in una specifica metodologia che prevede:

1. **L'elaborazione di un percorso per ciascun regime assistenziale**, soprattutto al fine di individuare indicatori di valutazione della performance clinica e di monitoraggio di risultati maggiormente significativi e aderenti alla struttura dei flussi informativi istituzionali.
2. **L'elaborazione di un documento unitario**, articolato nel cosiddetto **Ragionamento clinico-assistenziale** (in cui è definita la strategia di risposta a uno specifico bisogno di salute al fine di massimizzare l'efficacia della stessa in relazione alle conoscenze e competenze espresse dalla comunità di pratica) e nel cosiddetto **Percorso organizzativo** (in cui il ragionamento clinico assistenziale è declinato attraverso "matrici di responsabilità" che esplicitano il "chi fa che cosa, in quali tempi, con quali strumenti").

OGGETTO DEL PDTA DELLO SCOMPENSO CARDIACO NELL'ADULTO OGGETTO E INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA

Secondo le linee guida sullo scompenso cardiaco cronico della European Society of Cardiology un sistema organizzato di cura specialistica del paziente con scompenso cardiaco migliora i sintomi e riduce il numero di ospedalizzazioni/anno (Classe I, livello di evidenza A) e la mortalità (Classe IIa, livello di evidenza B) (*European Heart Journal* 2021; 42:3599-3726).

Il percorso inerente allo scompenso cardiaco si prefigge come obiettivi specifici di:

- Ritardare o evitare l'insorgenza di SC conclamato;
- Rallentare la progressione e la gravità clinica dello SC conclamato;
- Migliorare la qualità assistenziale e garantire ai pazienti un'efficace presa in carico multidisciplinare in accordo con le migliori evidenze disponibili (LG);
- Ridurre gli accessi al PS e le ospedalizzazioni, nonché la durata effettive delle eventuali degenze.

Attraverso:

- la precoce individuazione ed una corretta diagnosi e stadiazione nell'ottica di ridurre e standardizzare i tempi di diagnosi e l'iter diagnostico-terapeutico e facilitare l'accesso ai servizi/percorsi di diagnosi e cura intra ed extra-aziendali;
- l'impostazione di una terapia adeguata e correlata allo stadio evolutivo della malattia;
- un adeguato programma di follow-up e riabilitazione cardiologica tramite il consolidamento della continuità dell'assistenza di base e multidisciplinare;
- il perfezionamento degli aspetti informativi e comunicativi con i pazienti nell'ottica di un'adeguata educazione terapeutica del malato e del suo contesto familiare, cui saranno garantiti la comprensione del percorso di diagnosi e cura per una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di trattamento, la sinergia e l'integrazione tra le varie fasi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi e logistici e l'attenzione ai bisogni;
- l'efficiente ed agevole comunicazione tra operatori ospedalieri e territoriali e tra le diverse professionalità coinvolte consolidando sinergie operative tra le diverse risorse e competenze coinvolgimento del terzo settore;
- l'orientamento del gruppo di lavoro alla multidisciplinarietà e alla condivisione di best practice ad oggi conosciute al fine di definire collegialmente il piano terapeutico adatto ad ogni paziente, a garanzia della sicurezza dello stesso;
- il monitoraggio sistematico della qualità dei trattamenti attraverso l'identificazione, la raccolta e l'analisi di indicatori di processo e di esito del percorso.

CODIFICHE ICD- IX CM

CRITERI DI INCLUSIONE

Cod.	Descrittivo Diagnosi
428.0	<i>Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)</i>
428.1	<i>Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)</i>
428.2	<i>Insufficienza cardiaca sistolica</i>
428.3	<i>Insufficienza cardiaca diastolica</i>
428.4	<i>Insufficienza cardiaca sistolica e diastolica</i>
428.9	<i>Insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)</i>

ICD 9 CM DIAGNOSI

("International classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification" 2007 versione italiana)

Cod.	Descrittivo Diagnosi
398.91	<i>Insufficienza reumatica del cuore (congestizia)</i>
402.01	<i>Cardiopatía ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia</i>
402.11	<i>Cardiopatía ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia</i>
402.91	<i>Cardiopatía ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia</i>
404.01	<i>Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia</i>
404.03	<i>Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale</i>
404.11	<i>Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia</i>
404.13	<i>Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale</i>
404.91	<i>Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia</i>
404.93	<i>Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca congestizia e insufficienza renale</i>
410	<i>Infarto miocardico acuto</i>
411.1	<i>Altre forme acute e subacute di cardiopatía ischemica</i>
414.01	<i>Aterosclerosi coronarica di arteria coronarica nativa</i>
415.01	<i>Malattia cardiopolmonare acuta</i>
416.9	<i>Malattia cardiopolmonare cronica, non specificata</i>
426.1	<i>Disturbi della conduzione</i>
426.2	<i>Emiblocco di branca sinistra</i>
426.3	<i>Altro blocco completo di branca sinistra</i>
426.5	<i>Altro e non specificato blocco di branca)</i>
425.0	<i>Cardiomiopatie</i>
425.4	<i>Altre cardiomiopatie primitive</i>
425.9	<i>Cardiomiopatia secondaria, non specificata</i>
427.0	<i>Tachicardia parossistica sopraventricolare</i>
427.01	<i>Tachicardia atriale</i>
427.1	<i>Tachicardia ventricolare</i>
427.4	<i>Fibrillazione ventricolari</i>
427.5	<i>Arresto cardiaco</i>
427.6	<i>Battiti prematuri</i>
427.8	<i>Altre aritmie cardiache specificate</i>
427.9	<i>Disturbi del ritmo cardiaco non specificati</i>
427.31	<i>Fibrillazione e flutter atriale</i>
429.1	<i>Degenerazione ventricolare associato a aritmie cardiache</i>
428.0	<i>Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)</i>
428.1	<i>Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)</i>
428.9	<i>Insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato)</i>

78551	Shock cardiogeno
486	Polmonite, agente non specificato
434	Occlusione delle arterie cerebrali
162	Tumori maligni della trachea dei bronchi e dei polmoni
518	Altre malattie del polmone (collasso polmonare, enfisema, edema polmonare)
584	Insufficienza renale acuta
585	Insufficienza renale cronica
996.01	Complicazioni meccaniche da pacemaker cardiaco (elettrodo)
996.61	Infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci
996.72	Altra complicazione di altre protesi, impianti e innesti cardiaci

ICD 9 CM PROCEDURE

("International classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification" 2007 versione italiana)

Cod.	Descrizione Procedura
88.72	Ecografia Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)
87.44	Radiografia del torace
88.73	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici
88.77	Ecocolordoppler dei vasi periferici
89.52	Elettrocardiogramma
89.50	Elettrocardiogramma holter
89.59	Elettrocardiogramma da sforzo
89.61	Holter pressorio
89.65	Emogasanalisi arteriosa sistemica
88.55	Coronarografia
99.29	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche
88.92	Risonanza magnetica cuore Torace e miocardio
39.50	Angioplastica o atrectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i associato a
00.51	Impianto di defibrillatore per la risincronizzazione cardiaca, sistema totale (CRT-D)
37.21	Cateterismo cardiaco del cuore destro
37.74	Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio
00.50	Impianto di pacemaker per la risincronizzazione cardiaca senza menzione di defibrillazione, sistema totale (CRT-P)
37.23	Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro
35.41	Allargamento di difetto esistente del setto atriale (accesso con puntura trans-settale)
37.23	Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro (cateterismo combinato per ottimizzazione della terapia farmacologica dello scompenso)
37.67	Impianto di sistema di cardiostimolazione (Posizionamento di sonda a ultrasuoni tra i muscoli intercostali + stimolatore sottocutaneo)
37.94	Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [AICD]
38.93	Altro cateterismo venoso non classificato altrove
37.82	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta
37.71	Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo
38.93	Altro cateterismo venoso non classificato altrove
89.68	Monitoraggio della gittata cardiaca mediante altre tecniche
89.59	Altre misure cardiovascolari non invasive
00.56	Inserzione o sostituzione di elettrodi a pressione impiantabili per il monitoraggio emodinamico intracardiaco
00.57	Impianto o sostituzione di dispositivo sottocutanei per il monitoraggio emodinamico intracardiaco
35.41	Allargamento di difetto esistente del setto atriale (accesso con puntura trans-settale)
37.82	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta
37.73	Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nell'atrio oppure

37.74	Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio
37.83	Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo
37.72	Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo oppure
37.74	Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio
37.87	Sostituzione di eventuale apparecchio di pace-maker con camera doppia
37.76	Riposizionamento di elettrodo transvenoso atriale e/o ventricolare
37.83	Inserzione iniziale di apparecchio a camera doppia, apparecchio sequenziale atrio-ventricolo
37.72	Inserzione iniziale di elettrodi transvenosi nell'atrio e nel ventricolo oppure
37.74	Inserzione o riposizionamento di elettrodo epicardico nell'epicardio
37.82	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta
37.82	Inserzione iniziale di apparecchio a camera singola, frequenza di risposta
37.71	Inserzione iniziale di elettrodo transvenoso nel ventricolo
38.93	Altro cateterismo venoso non classificato altrove
37.75	Revisione di elettrodo
00.52	Impianto o sostituzione di elettrodi transvenosi nel sistema venoso coronarico del ventricolo sinistro oppure
37.97	Sostituzione del solo elettrodo del defibrillatore automatico
39.50	Angioplastica o aterectomia di altro/i vaso/i non coronarico/i
99.10	iniezione o infusione di agente trombolitico
39.90	inserzione di stent non coronarici
00.45	numero di stent vascolari inseriti
00.40	numero di vasi trattati
00.66	Angioplastica percutanea coronarica transluminale (PTCA) o aterectomia coronarica
36.06	inserzione di stent nell'arteria coronarica
36.04	Infusione trombolitica nell'arteria coronarica
37.89	Revisione o rimozione di pace-maker
37.77	Rimozione di elettrodo senza riposizionamento (eventuale)
37.99	Altri interventi sul cuore e sul pericardio
37.79	Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco
86.22	Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
37.79	Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco
39.98	Controllo di emorragia, SAI
37.79	Revisione o riposizionamento di tasca di dispositivo cardiaco
89.59	Altre misure cardiovascolari non invasive
37.90	Inserzione di dispositivo nell'appendice atriale sinistra
00.39	Altra chirurgia computer-assistita
37.26	Test invasivo elettrofisiologico con cateterismo
37.27	Mappatura del cuore

AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE

La Legge Regionale 11 settembre 2020, n.24 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, istituendo l'Azienda Regionale della Salute (ARES), le otto Aziende Socio-sanitarie Locali (ASL) e confermando le già esistenti, ovvero:

- Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari (AOU CA);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari (AOU SS);
- Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS);
- Istituto Zooprofilattico della Sardegna (IZS).



L'ASL, Azienda Socio-sanitaria Locale, di Nuoro si estende territorialmente su una superficie di 3.933,72 km², è organizzata in 4 distretti che rappresentano un'articolazione territoriale dell'Azienda Socio-sanitaria Locale e assicurano alla popolazione la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e garantiscono i livelli essenziali di assistenza:

- Distretto di Nuoro
- Distretto di Macomer
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Sorgono

Le Strutture Ospedaliere presenti sono:

- P.O. San Francesco;
- P.O. Cesare Zonchello;
- P.O. San Camillo di Sorgono.

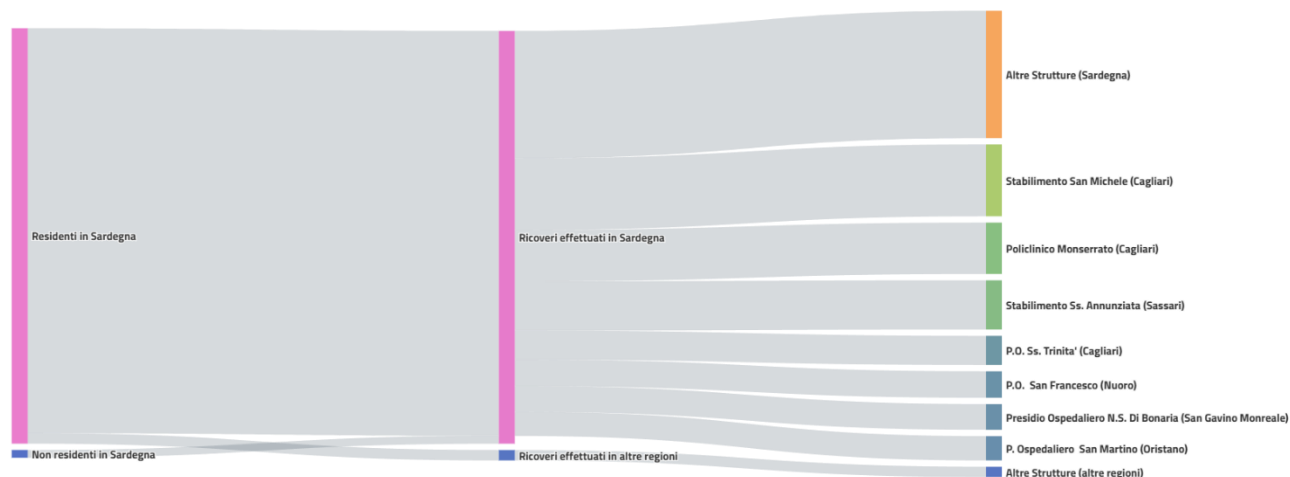
Il P.O. S. Francesco è un **"Presidio DEA di 1° livello potenziato"**, il P.O. S. Camillo di Sorgono è un **"Ospedale di zona disagiata"**; il PO C. Zonchello avrà le funzioni di **"Ospedale Riabilitativo con funzioni di Lungodegenza e Ospedale di Comunità"**.

All'interno della ASL di Nuoro sono presenti numerose Strutture coinvolte nel PDTA dello scompenso cardiaco:

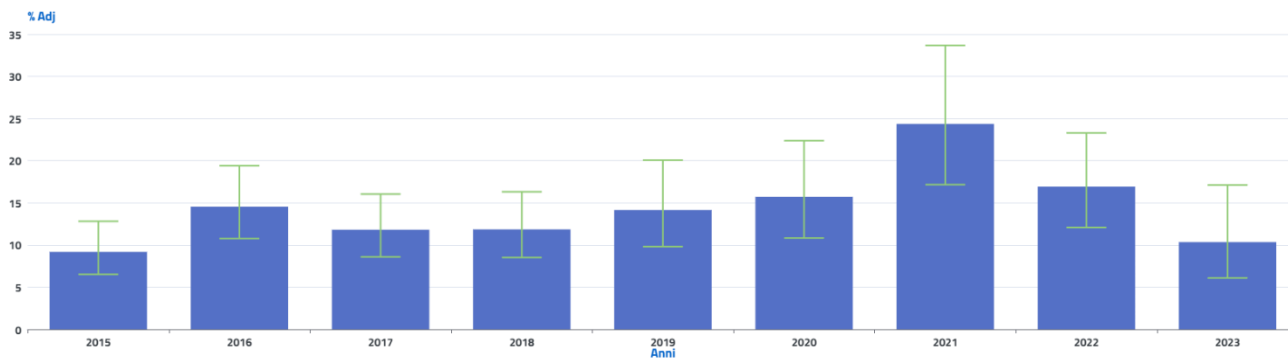
- Anestesia e Rianimazione
- Cardiologia
- Distretto di Macomer
- Distretto di Nuoro
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Sorgono
- Geriatria
- Laboratorio Analisi
- Medicina S. Francesco
- Medicina S. Camillo
- Pronto Soccorso/OBI
- Radiologia
- Riabilitazione

DATI DI ATTIVITÀ DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2024

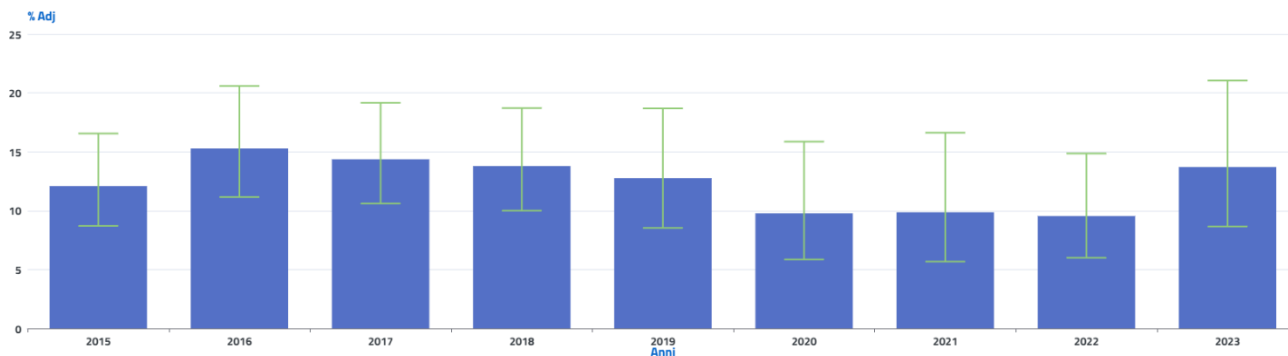
Sardegna - Scompenso cardiaco: volume di ricoveri



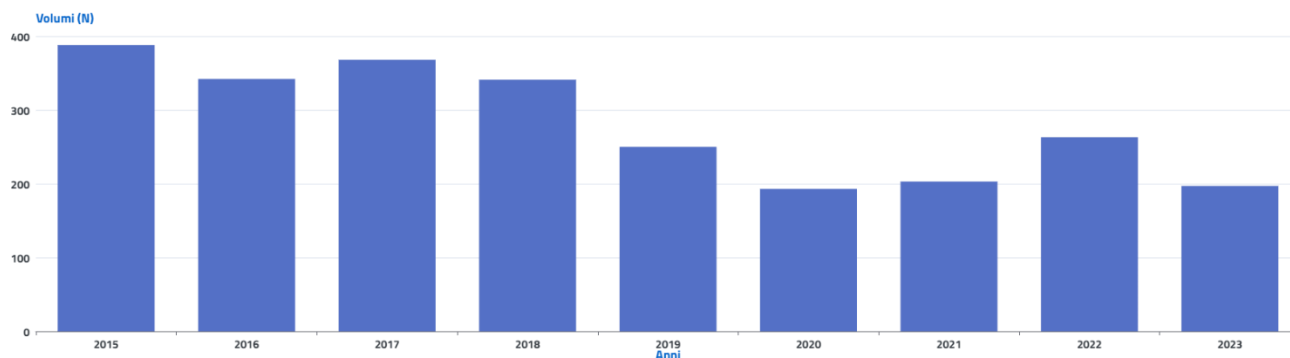
Provincia di Nuoro - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni



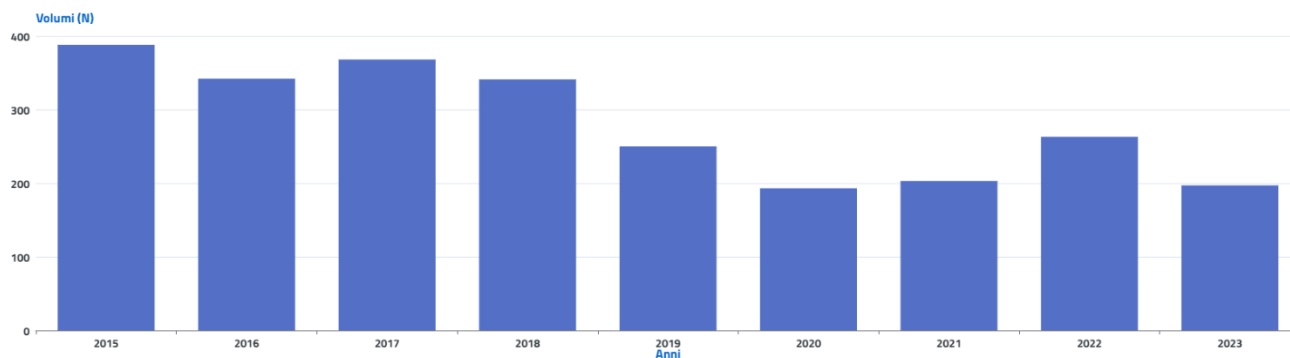
Provincia di Nuoro - Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni



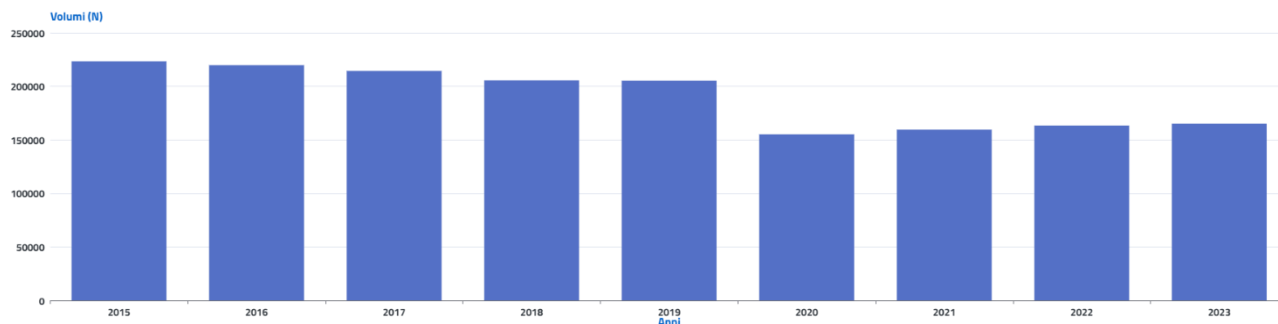
Provincia di Nuoro - Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri



Provincia di Nuoro - Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri



Scompenso cardiaco: volume di ricoveri (2023)

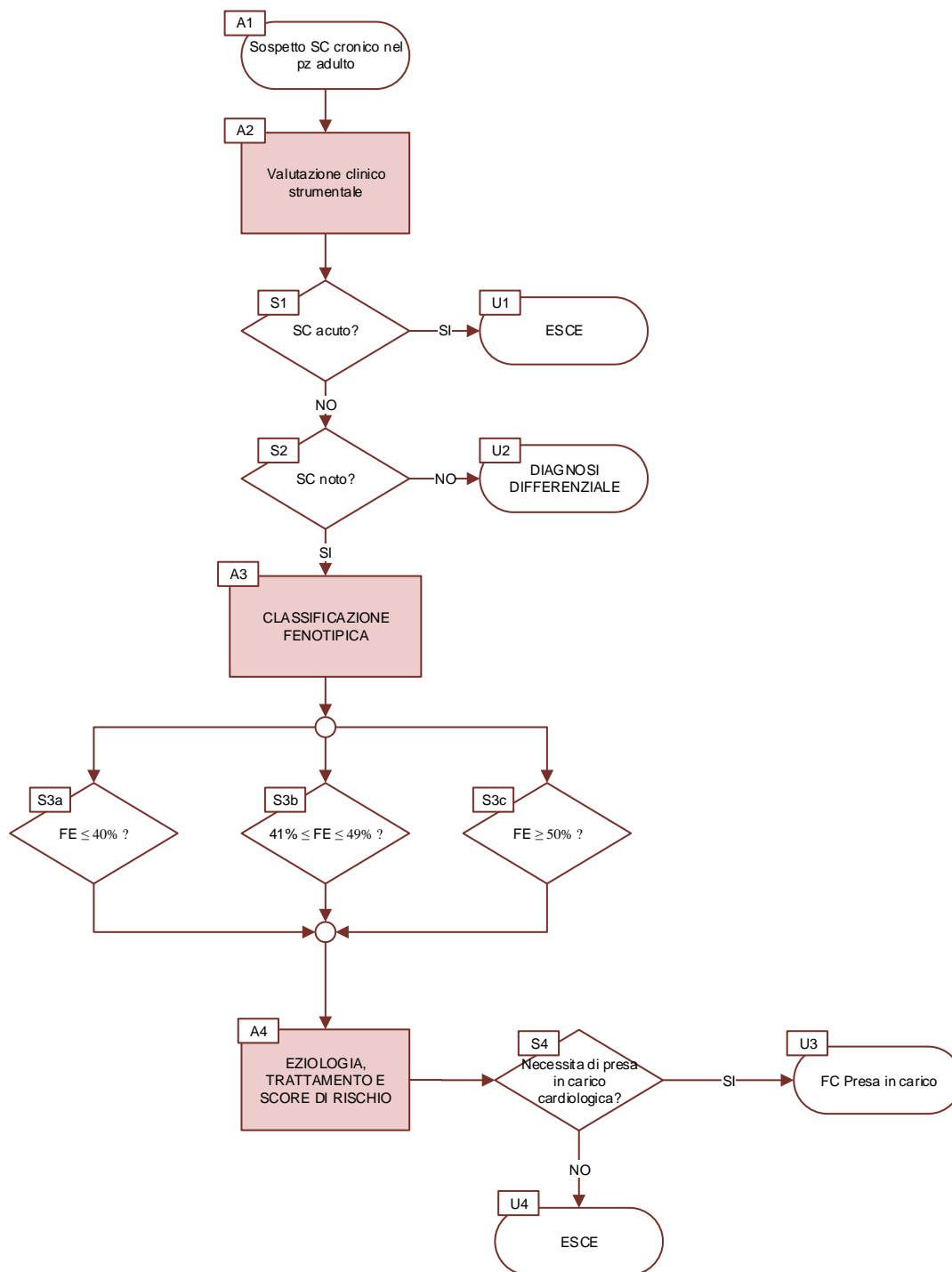


IL RAGIONAMENTO CLINICO

Viene sinteticamente descritto in sequenza, tramite Flow Chart, senza vincoli di luogo (regime o reparto) o tempo di ciò che deve essere fatto (iter diagnostico terapeutico). I contenuti sono Azioni e Snodi decisionali.

FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO

PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO – FC RAGIONAMENTO CLINICO



LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO

CO D	ATTIVITA'/SNODO	DESCRIZIONE
A1	SOSPETTO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO NEL PAZ ADULTO	<p>Fattori di rischio cardiovascolare: ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, ipercolesterolemia, tabagismo</p> <p>Sintomi di presentazione tipici: Dispnea o “fame d'aria”, affanno, si intende la percezione di una respirazione difficoltosa. Sintomo ad esordio graduale (cronica) o a manifestazione improvvisa (acuta). Si può manifestare come:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● da sforzo ● a riposo ● Ortopnea Dispnea intensa che impedisce al soggetto di restare coricato, costringendolo a mettersi in posizione verticale (seduto o in piedi) ● Dispnea parossistica notturna (asma cardiaco) l'improvvisa comparsa di difficoltà respiratoria nel corso della notte che tende a presentarsi quando il soggetto permane per un certo periodo di tempo in posizione coricata (clinostatismo) a causa del riposo notturno. <p>Edemi declivi è il gonfiore causato dall'accumulo di abnormi quantità di liquido linfatico nei tessuti. Il gonfiore riguarda più spesso gli arti inferiori – caviglie, piedi e gambe</p> <p>Dolore Toracico sensazione di oppressione retrosternale da sforzo e/o a riposo associata a sintomatologia neurovegetativa (sudorazione fredda, tachicardia, nausea) con irradiazione tipica al giugulo e al braccio sinistro</p> <p>Cardiopalmò: percezione del battito cardiaco come accelerato e/o irregolare.</p> <p>Affaticabilità, astenia e ridotta tolleranza all'esercizio l'incapacità di sostenere uno sforzo fisico che il soggetto in esame riteneva di poter compiere senza avvertire fatica</p> <p>Segni di presentazione più specifici Elevata pressione venosa giugulare o turgore giugulare è la pressione del sistema venoso osservata indirettamente dalla vena giugulare interna espressione di insufficienza cardiaca destra o congestizia</p> <p>Terzo tono (tono di galoppo) Tachicardia (FC > 100 bpm) Crepitazioni polmonari</p> <p>Nel caso si sospetto di Scompenso Cardiaco, compilare la Scheda Sospetto (“Allegato 04”)</p>
A2	VALUTAZIONE CLINICO STRUMENTALE	<p>Procedere con RX torace, esami ematici, ECG, eco cardio e visita cardiologica come da allegato <i>Protocollo diagnostico (NU003_ALL.1_PROT.DIAGNOSTICO)</i> – (NU003_ALL.1 bis_PROT.DIAGNOSTICO).</p>
S1	SCOMPENSO CARDIACO ACUTO?	<p>DIAGNOSI DIFFERENZIALE SINDROME CORONARICA ACUTA (<i>EuropeanHeart Journal</i> 2021; 42:1289-1367 et <i>EuropeanHeart Journal</i> 2018; 39:119-177) con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Insufficienza Ventricolo DX Shock Cardiogeno Riacutizzazione di Scompenso Cardiaco su cronico EPA

		<p>Tabella 9. Evidenza oggettiva di alterazioni strutturali, funzionali e sierologiche indicative di disfunzione diastolica ventricolare sinistra/elevate pressioni di riempimento del ventricolo sinistro^{259,261}.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Parametro^a</th><th>Valore soglia</th><th>Commenti</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indice di massa VS</td><td>≥95 g/m² (nelle donne), ≥115 g/m² (negli uomini)</td><td>Anche se la presenza di rimodellamento concentrico o ipertrofia del VS sono indicativi di HFpEF, il mancato riscontro di ipertrofia del VS non ne esclude la diagnosi</td></tr> <tr> <td>Spessore parietale relativo</td><td>>0.42</td><td></td></tr> <tr> <td>Volume AS indicizzato^a</td><td>>34 ml/m² (RS)</td><td>In assenza di FA o valvulopatia, il riscontro di dilatazione AS è indicativo di una pressione di riempimento del VS cronicamente elevata (se è presente FA, il valore soglia è >40 ml/m²)</td></tr> <tr> <td>Rapporto E/e' a riposo^a</td><td>>9</td><td>Sensibilità del 78% e specificità del 59% per la diagnosi di HFpEF al test da sforzo emodinamico invasivo anche se è stato riportato un grado di accuratezza variabile. Un cut-off di 13 è risultato avere una minore sensibilità (46%) ma una maggiore specificità (86%)^{71,259,274}</td></tr> <tr> <td>NT-proBNP BNP</td><td>>125 (RS) o >365 (FA) pg/ml >35 (SR) o >105 (FA) pg/ml</td><td>Fino al 20% dei pazienti con HFpEF documentato ai test invasivi mostrano livelli di PN al di sotto della soglia diagnostica, specie se è presente obesità</td></tr> <tr> <td>Pressione arteriosa polmonare sistolica Velocità di rigurgito tricuspidale a riposo^a</td><td>>35 mmHg >2.8 m/s</td><td>Sensibilità del 54% e specificità dell'85% per la diagnosi di HFpEF al test da sforzo emodinamico invasivo^{259,261}</td></tr> </tbody> </table> <p>AS, atriale sinistra/o; BNP, peptide natriuretico di tipo B; E/e', rapporto tra velocità protodiastolica di riempimento al Doppler transmitralico e velocità protodiastolica di rilassamento al Doppler tissutale; FA, fibrillazione atriale; HFpEF, scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata; NT-proBNP, frammento N-terminale del propeptide natriuretico di tipo B; PN, peptide natriuretico; RS, ritmo sinusale; VS, ventricolare sinistra.</p> <p>Nota: Più alterazioni sono presenti e maggiore è la probabilità di HFpEF.</p> <p>^aNella tabella sono elencati solo gli indici più comunemente utilizzati; per gli altri indici si rimanda al documento di consenso dell'ESC/HFA²⁵⁹.</p> <p>[Linee guida ESC 2021 per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico]</p> <p>In sintesi: Troponina ad alta sensibilità (hsTn) positiva (3 dosaggi seriati) ECG: ST SOPRA O SOTTOLIVELLATO (> 1 MM; O BBSX DI NUOVA INSORGENZA) in presenza di dolore toracico e/o equivalenti</p>	Parametro ^a	Valore soglia	Commenti	Indice di massa VS	≥95 g/m ² (nelle donne), ≥115 g/m ² (negli uomini)	Anche se la presenza di rimodellamento concentrico o ipertrofia del VS sono indicativi di HFpEF, il mancato riscontro di ipertrofia del VS non ne esclude la diagnosi	Spessore parietale relativo	>0.42		Volume AS indicizzato^a	>34 ml/m ² (RS)	In assenza di FA o valvulopatia, il riscontro di dilatazione AS è indicativo di una pressione di riempimento del VS cronicamente elevata (se è presente FA, il valore soglia è >40 ml/m ²)	Rapporto E/e' a riposo^a	>9	Sensibilità del 78% e specificità del 59% per la diagnosi di HFpEF al test da sforzo emodinamico invasivo anche se è stato riportato un grado di accuratezza variabile. Un cut-off di 13 è risultato avere una minore sensibilità (46%) ma una maggiore specificità (86%) ^{71,259,274}	NT-proBNP BNP	>125 (RS) o >365 (FA) pg/ml >35 (SR) o >105 (FA) pg/ml	Fino al 20% dei pazienti con HFpEF documentato ai test invasivi mostrano livelli di PN al di sotto della soglia diagnostica, specie se è presente obesità	Pressione arteriosa polmonare sistolica Velocità di rigurgito tricuspidale a riposo^a	>35 mmHg >2.8 m/s	Sensibilità del 54% e specificità dell'85% per la diagnosi di HFpEF al test da sforzo emodinamico invasivo ^{259,261}
Parametro ^a	Valore soglia	Commenti																					
Indice di massa VS	≥95 g/m ² (nelle donne), ≥115 g/m ² (negli uomini)	Anche se la presenza di rimodellamento concentrico o ipertrofia del VS sono indicativi di HFpEF, il mancato riscontro di ipertrofia del VS non ne esclude la diagnosi																					
Spessore parietale relativo	>0.42																						
Volume AS indicizzato^a	>34 ml/m ² (RS)	In assenza di FA o valvulopatia, il riscontro di dilatazione AS è indicativo di una pressione di riempimento del VS cronicamente elevata (se è presente FA, il valore soglia è >40 ml/m ²)																					
Rapporto E/e' a riposo^a	>9	Sensibilità del 78% e specificità del 59% per la diagnosi di HFpEF al test da sforzo emodinamico invasivo anche se è stato riportato un grado di accuratezza variabile. Un cut-off di 13 è risultato avere una minore sensibilità (46%) ma una maggiore specificità (86%) ^{71,259,274}																					
NT-proBNP BNP	>125 (RS) o >365 (FA) pg/ml >35 (SR) o >105 (FA) pg/ml	Fino al 20% dei pazienti con HFpEF documentato ai test invasivi mostrano livelli di PN al di sotto della soglia diagnostica, specie se è presente obesità																					
Pressione arteriosa polmonare sistolica Velocità di rigurgito tricuspidale a riposo^a	>35 mmHg >2.8 m/s	Sensibilità del 54% e specificità dell'85% per la diagnosi di HFpEF al test da sforzo emodinamico invasivo ^{259,261}																					
U1	ESCE	Gestione dello Scompenso Cardiaco acuto																					
S2	È SCOMPENSO CARDIACO NOTO?	Rilevata in anamnesi storia di Scompenso Cardiaco																					
U2	DIAGNOSI DIFFERENZIALE	<p>La diagnosi differenziale prevalente riguarda la patologia polmonare. Per la patologia polmonare fare riferimento a : https://goldcopd.it</p> <p>In sintesi: sintomi respiratori cronici associati ad ostruzione bronchiale dispnea, tosse cronica o espettorato) dovuti ad esposizione a fattori rischio (tabacco, agenti occupazionali, inquinamento indoor/outdoor) spirometria (FEV1 o VEMS/CVF<0,70)</p>																					
A3	CLASSIFICAZIONE FENOTIPICA DELLO SCOMPENSO	<p>La classificazione dello scompenso (<i>European Heart Journal</i> 2021; 42:3599-3726) si basa sui valori di FE e sulla capacità funzionale definita tramite la scala NYHA.</p> <p>Per i valori di FE vedi SNODO 4/5/6 NU003_ALL.2_CLASS.FENOTIPICA</p> <p>La classificazione NYHA suddivide lo stato di scompenso in base alla sintomatologia in 4 classi di gravità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • classe I: l'attività fisica abituale non determina dispnea, astenia e palpitazioni; • classe II: lieve limitazione dell'attività fisica abituale; • classe III: grave limitazione dell'attività fisica, i sintomi insorgono per attività fisica di entità inferiore a quella abituale, benessere a riposo; • classe IV: incapacità a svolgere qualsiasi attività senza scomparsa di sintomi di scompenso anche a riposo. 																					

S

4/

5/6

FE ≤ 40 %

41% ≤ FE ≤ 49%

FE ≥ 50

Tabella 3. Definizione di scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta, lievemente ridotta e preservata.

Tipo di SC	HFrEF	HFmrEF	HFpEF
CRITERI	1	Sintomi ± segni ^a	Sintomi ± segni ^a
	2	FEVS ≤40%	FEVS 41-49% ^b
	3	–	–
			Evidenza oggettiva di alterazioni cardiache funzionali e/o strutturali suggestive della presenza di disfunzione diastolica VS/elevate pressioni di riempimento VS, inclusi elevati livelli di peptidi natriuretici ^c

FEVS, frazione di eiezione ventricolare sinistra; HFmrEF, scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta; HFpEF, scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata; HFrEF, scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta; SC, scompenso cardiaco.

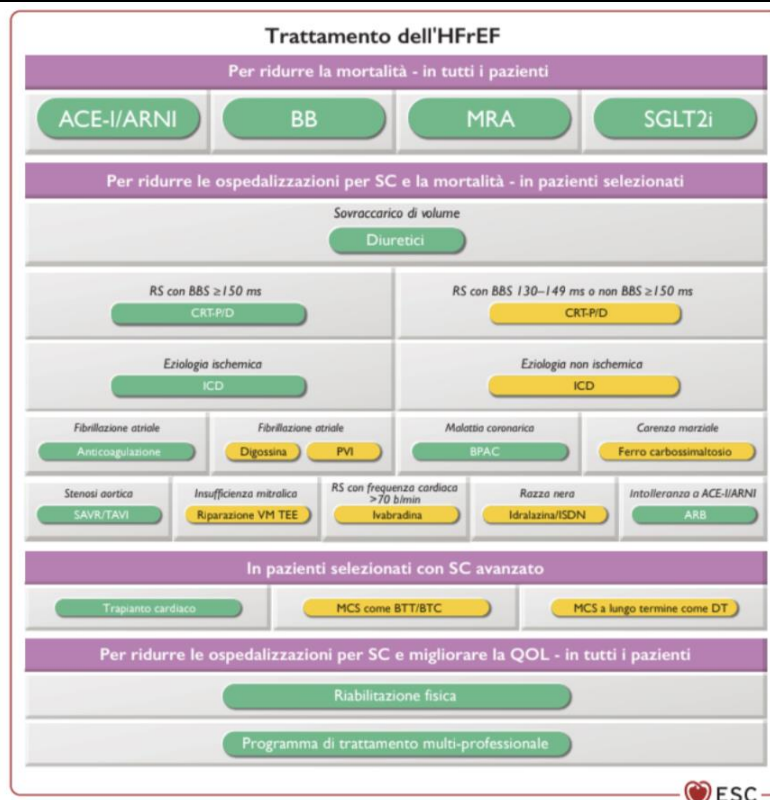
^aTalvolta i segni possono non essere presenti nella fase iniziale dello SC (specie in caso di HFpEF) e nei pazienti in terapia medica ottimizzata.

^bLa diagnosi di HFmrEF è resa ancora più probabile quando vi siano ulteriori evidenze di cardiopatia strutturale (es. dilatazione dell'atrio, ipertrofia VS o anomalie del riempimento VS all'esame ecocardiografico).

^cLa diagnosi di HFpEF è tanto più probabile quanto più numerose sono le alterazioni riscontrate.

Linee guida ESC 2021 per la diagnosi e il trattamento dello scompenso cardiaco acuto e cronico]

A7	EZIOLOGIA, PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO E SCORE DI RISCHIO	<p><u>EZIOLOGIA:</u> <i>Approfondimento Ezioologia Scompenso Cardiaco (NU003_ALL.3_EZIOLOGIA):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatia ischemica cronica “CAD”: Infarto miocardico pregresso; Angina o “equivalente anginoso” (Angiografia coronarica invasiva Angio-TC coronarica Imaging da stress (Eco, nucleare, RMC)) • Ipertensione arteriosa: Scompenso cardiaco con funzione sistolica preservata (EF >50%) Emergenza ipertensiva (PA ambulatoriale delle 24h Metanefrine plasmatiche, imaging delle arterie renali Renina e aldosterone) • Valvulopatia: Valvulopatia primaria, es. stenosi aortica ; Valvulopatia secondaria, es. insufficienza valvolare funzionale ; Valvulopatia congenita (Eco – transesofagea/da stress) • Aritmie: Tachiaritmie atriali (FA; TPSV) Aritmie ventricolari (Monitoraggio ECG ambulatoriale Studio elettrofisiologico se indicato) • CMP (cardiomiopatie primitive): forma Dilatativa ; Ipertrofica; Restrittiva ; displasia aritmogena Ventricolo destro -ARVC- ; Peripartum ; Sindrome Takotsubo Tossine: alcool, cocaina, ferro, rame (RMC, test genetico Cateterismo cardiaco destro e sinistro RMC, angiografia , test tossicologico, test di funzionalità tiroidea, GGT) • Cardiopatie congenite Trasposizione delle grandi arterie congenitamente corretta/riparata Lesioni da shunt Tetralogia di Fallot riparata Anomalia di Ebstein (RMC) • Infettiva Miocardite virale; Malattia di Chagas HIV; Malattia di Lyme (RMC, BEM Test sierologico) • Farmaci Antracicline Trastuzumab (Inibitori del VEGF Inibitori del checkpoint immunitario Inibitori del proteasoma Inibitori RAF+MEK • Infiltrativa Amiloide Sarcoidosi Neoplasia (Elettroforesi sierica e catene leggere libere sieriche, proteina di Bence Jones, scintigrafia ossea, RMC, TC-PET, BEM ACE sierico, RMC, FDG-PET, TC torace, BEM RMC, BEM) • Malattie da accumulo emocromatosi, Malattia di Fabry malattia da accumulo di glicogeno (Test biochimici, test genetico, RMC (imaging T2*), BEM a-galattosidasi A, test genetico, RMC (T1 mapping) • Malattia endomiocardica (Radioterapia Fibrosi endomiocardica/eosinofilia Da carcinoma RMC BEM 5-HIAA nelle urine delle 24h) • Malattia del pericardio Calcificazione Infiltrativa (TC torace, RMC, cateterismo cardiaco destro e sinistro) • Metabolica Malattia endocrina Disturbi nutrizionali (carenza di tiamina, vitamina B1 e selenio) Malattia autoimmune TFT, metanefrine plasmatiche, renina e aldosterone, cortisolo Concentrazioni plasmatiche di specifici nutrienti ANA, ANCA, visita reumatologica. <p><u>TRATTAMENTO dello SC a FE RIDOTTA:</u> Nella figura sono indicate le opzioni di trattamento con raccomandazione di Classe I e IIa. Le raccomandazioni di Classe I sono contrassegnate dal colore verde, quelle di Classe IIa dal colore giallo.</p>
-----------	--	--



ACE-I = inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina; ARB = antagonista recettoriale dell'angiotensina; ARNI = inibitore del recettore dell'angiotensina e della neprilisina; BB = beta-bloccante; BBS = blocco di branca sinistro; BPAC = bypass aortocoronario; BTC = ponte alla candidatura; BTT = ponte al trapianto; CRT-D = terapia di resincronizzazione cardiaca con defibrillatore; CRT-P = terapia di resincronizzazione cardiaca con pacemaker; DT = terapia di

destinazione; FEVS = frazione di eiezione ventricolare sinistra; HFREF = scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta; ICD = defibrillatore impiantabile; ISDN = isosorbidedinitrato; MCS = assistenza meccanica al circolo; MRA = antagonista del recettore dei mineralcorticoidi; NYHA = New York Heart Association; PVI = isolamento delle vene polmonari; QOL = qualità di vita; RS = ritmo sinusale; SAVR = sostituzione valvolare aortica chirurgica; SC = scompenso cardiaco; SGLT2i = inibitore del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2; TAVI = impianto transcateretere di valvola aortica; TEE = per via transcutanea con tecnica "edge to edge"; VM = valvola mitrale.

TRATTAMENTO dello SC a FE PRESERVATA:

Raccomandazioni per il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco e frazione di eiezione preservata

Raccomandazioni	Classe ^a	Livello ^b
Si raccomanda di sottoporre a screening i pazienti con HFpEF per identificare e trattare l'eziologia e le comorbidità sia cardiovascolari che non cardiovascolari (vedi le relative sezioni in questo documento).	I	C
La terapia diuretica è raccomandata nei pazienti congesti con HFpEF per alleviare i sintomi/segni ¹³⁷ .	I	C

HFpEF, scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata.

^aClasse della raccomandazione.

^bLivello di evidenza.

Raccomandazioni	Classe ^a	Livello ^b
La terapia con statine è raccomandata nei pazienti ad alto rischio di malattia CV o affetti da malattia CV per prevenire o ritardare l'insorgenza di SC e per prevenire le ospedalizzazioni per SC ^{291,292} .	I	A
Gli inibitori di SGLT2 (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin, sotagliflozin) sono raccomandati nei pazienti diabetici ad alto rischio di malattia CV o affetti da malattia CV per prevenire le ospedalizzazioni per SC ²⁹³⁻²⁹⁷ .	I	A
Il counseling volto a contrastare la sedentarietà, l'obesità, l'abitudine al fumo e l'abuso di alcool è raccomandato per prevenire o ritardare l'insorgenza di SC ²⁹⁸⁻³⁰² .	I	C

CV, cardiovascolare; SC, scompenso cardiaco; SGLT2, cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2.

^aClasse della raccomandazione.

^bLivello di evidenza.

SCORE DI RISCHIO:

Per la stratificazione del rischio utilizzare lo score 3CHF, disponibile al seguente link:

<http://www.3chf.org/site/logistic.php>

Il punteggio Cardiac and Comorbid Conditions Heart Failure (3C-HF), è un semplice modello di stratificazione del rischio, basato su informazioni cliniche di routine che includono le comorbidità, per predire la mortalità per tutte le cause a 1 anno nei pazienti con scompenso

cardiaco (Int. J. Cardiol. 2013; 163:206-211). La stratificazione del rischio deve essere ripetuta dopo un anno o in caso di cambiamenti significativi nelle variabili considerate.

S3	NECESSITA DI PRESA IN CARICO CARDIOLOGICA?	Il paziente viene sempre preso in carico, in usual care o in telemonitoraggio, tranne nel caso in cui non ci siano più opzioni terapeutiche disponibili o il paziente rifiuti di essere seguito.
U3	PROTOCOLLO DI PRESA IN CARICO	Vedi Flow- Chart Presa in Carico
U4	ESCE DAL PERCORSO	Vedi criteri 3CHF.

RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE

L'OMS ha definito la Riabilitazione cardiovascolare "un processo multifattoriale, attivo e dinamico che ha come fine ultimo quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre la disabilità conseguente alla malattia, di favorire un ruolo attivo nella società e, in ultima analisi, di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e incidere positivamente sulla sopravvivenza".

Il paziente guidato da un team multidisciplinare (medico, infermiere, fisioterapista, nutrizionista, psicologo, assistente sociale) è incoraggiato e supportato a raggiungere e mantenere uno stato di salute ottimale sia fisico che psicologico, ed è di fondamentale importanza il coinvolgimento del partner e degli altri componenti della famiglia.

La RCV contempla l'adozione di tecniche di rieducazione motoria e respiratoria che hanno diverse implicazioni e non si limitano soltanto all'adattamento allo sforzo fisico: il paziente va cioè trattato nella sua globalità, soprattutto perché si tratta di pazienti con comorbidità o comunque è una patologia che si ripercuote su diversi ambiti. Gli effetti favorevoli della RCV sono molteplici: riduzione della mortalità; miglioramento della resistenza allo sforzo; miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare; migliore qualità di vita con conseguente più agevole reinserimento sociale, familiare e lavorativo.

Elemento fondamentale, essenziale, in un programma riabilitativo è la continuità dell'attività assistenziale, che inizia durante il ricovero ospedaliero, prosegue dopo la dimissione, sotto regolare controllo cardiologico, in ambulatorio, e procede con misure di prevenzione secondaria.

La riabilitazione cardiologica non è rivolta solo ai pazienti con scompenso cardiaco ma a tutti quei pazienti con problematiche cardiache a genesi differente.

Vengono seguite diverse Linee Guida, nazionali e internazionali, e tenendo conto dell'epidemiologia dello scompenso cardiaco e delle sindromi coronariche acute, le più importanti sono la "Canadian Cardiovascular Society Heart Failure Management Guidelines Update: focus on Rehabilitation and exercise and Surgical Coronary revascularization e la miocardial infarction: Cardiac rehabilitation and prevention of further cardiovascular disease", ma anche le raccomandazioni del Comitato organizzativo Cardiologico per l'idoneità sportiva agonistica e non agonistica in campo cardiologico: tutte le linee guida, revisioni sistematiche e raccomandazioni, pur diverse nell'approccio sono concordi nel raccomandare una valutazione completa dello stato clinico da parte di un team esperto nella gestione dei pazienti cardiopatici prima di considerare un programma di allenamento con esercizi.

La popolazione di pazienti cui è destinata la RCV è rappresentata da pazienti affetti da scompenso cardiaco conseguente a infarto del miocardio (STEMI o NSTEMI), post by-pass aorto-coronarici, insufficienza cardiaca (Classe NYHA I-III), cardiomiopatie, portatori di device cardiaci, etc.

Il paziente deve poter iniziare precocemente la riabilitazione, così da sfruttare completamente anche il tempo dell'ospedalizzazione, con il coinvolgimento del caregiver, con il supporto psicologico, in considerazione anche delle necessità di modifiche importanti necessarie a ridurre i fattori di rischio cardiovascolari con l'inevitabile cambiamento dello stile di vita (dieta, astensione dal fumo e dall'uso di bevande alcoliche, ...)

Il Progetto Riabilitativo Individuale, cucito su misura, elaborato dal team, di cui è responsabile il Medico Fisiatra, prevede una serie di attività con intensità crescente e progressiva tale da rendere il paziente autosufficiente e non dipendente "a vita" dalla struttura riabilitativa, pur prevedendo il monitoraggio periodico; il tempo in cui verranno raggiunti i vari step è chiaramente in funzione della patologia di base oltre che delle sue comorbidità, dell'età, della compliance e delle attività che il paziente abitualmente svolgeva prima dell'evento acuto o subacuto di cui trattasi.

Nella fattispecie le forme più diffuse di RCV comprendono 3-4 fasi: quella definita degenziale, per i pazienti più complessi, instabili e con rischio medio-alto è la fase in cui si procede con l'educazione e l'informazione del paziente e dei familiari o "caregivers" sulle modalità in cui si inizierà a svolgere il programma riabilitativo; nella fase successiva, ambulatoriale e/o domiciliare riservata a pazienti più stabili, più autonomi ed a basso rischio i quali richiedono minore supervisione, accanto durante il programma terapeutico si dovranno rinforzare i concetti stabiliti in precedenza; per finire la fase del "follow-up" intesa anche come fase di prosecuzione del programma riabilitativo dove il paziente potrebbe essere inserito in gruppi di supporto al fine di mantenere i risultati ottenuti.

Nel territorio nazionale i livelli di assistenza contemplano:

- il ricovero ordinario in codice 56 e il Day Hospital per pazienti a rischio medio-alto, cioè disabili più o meno complessi che hanno superato la fase acuta di malattia ma che permangono a rischio di potenziale instabilità clinica: la durata del trattamento intensivo è, di norma, compresa fra le 2-6 settimane per il ricovero ordinario e tra le 4-8 settimane per il DH.
- il regime ambulatoriale si riserva a pazienti a basso rischio, clinicamente stabili, non necessitanti di supervisione: la durata del trattamento è in genere fra 8-12 settimane.

Attivata la presa in carico, secondo protocolli condivisi dal team, e dopo il completamento del programma iniziale di Riabilitazione Intensiva, i pazienti vengono indirizzati verso programmi più semplici di mantenimento a lungo termine da effettuarsi nel territorio di appartenenza (Riabilitazione Estensiva). In questa fase è conferito un ruolo importante alla riabilitazione in ambito domestico, resa sicura ed efficace con l'associato ricorso all'utilizzo di risorse tecnologiche con procedure gestite da remoto (teleriabilitazione) che permettono una maggiore aderenza del paziente al trattamento, consentono un monitoraggio continuo ed una globale e più incisiva presa in carico del paziente.

La riabilitazione per il paziente dimesso ha un ruolo fondamentale: l'obiettivo è renderlo capace di poter gestire la propria condizione, nella vita di tutti i giorni, ma anche di renderlo consapevole ed edotto per cogliere eventuali segnali di allarme.

Le Linee Guida della società americana di riabilitazione cardiovascolare e polmonare pongono particolare enfasi alla necessità di iniziare un processo di riabilitazione e prevenzione non appena sia stata gestita la fase acuta dell'evento cardiovascolare e il paziente sia stabile, così da poter percorrere tutto l'iter della fase intensiva, poi la degenza ordinaria e in un secondo momento in regime ambulatoriale.

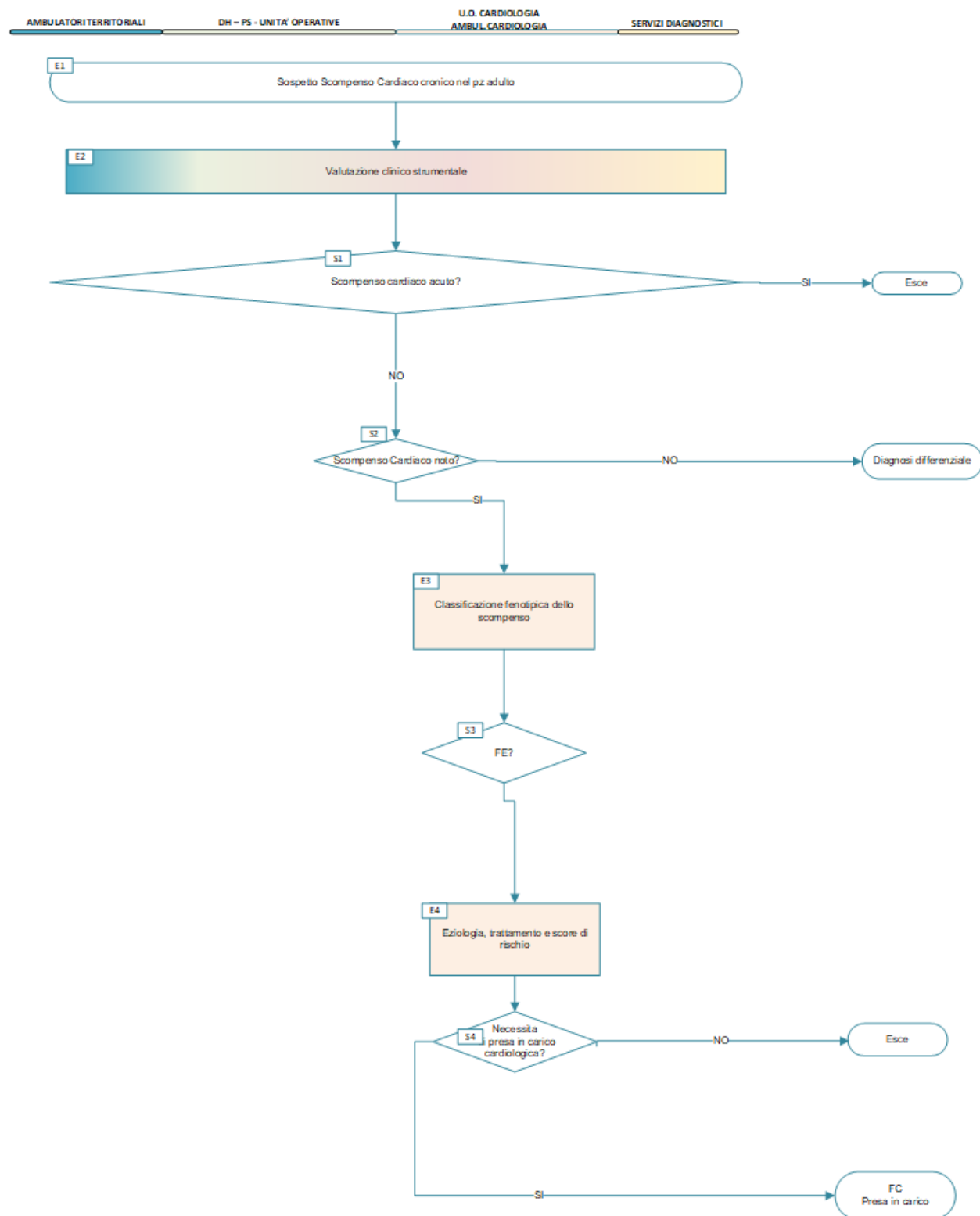
Da più parti viene sottolineata l'importanza di questa azione terapeutica, obbiettata e documentata con l'utilizzo delle scale di valutazione, (validate, riproducibili, specifiche, sensibili e affidabili), strumento integrante della semeiotica riabilitativa: tanto prima verrà avviato il programma riabilitativo, maggiore sarà l'aderenza rispetto alle metodiche, alla terapia farmacologica, all'esercizio fisico e alle modifiche dello stile di vita.

LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- EuropeanHeart Journal 2021; 42:3599-3726
- EuropeanHeart Journal 2021; 42:1289-1367
- EuropeanHeart Journal 2018; 39:119-177
- GOLD COPD – Sito di riferimento nazionale per la BPCO: <https://goldcopd.it>
- Score di rischio: <http://www.3chf.org/site/logistic.php>

IL PERCORSO ORGANIZZATIVO FLOW-CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO

PDTA SCOMPENSO CARDIACO CRONICO – F.C. PERCORSO ORGANIZZATIVO



LEGENDA FLOW-CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO

MATRICE RESPONSABILITA'

EVENTO E1a	SOSPETTO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO NEL PAZ ADULTO – MMG, CA, ASCOT, SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Figure coinvolte e relative attività	Medico di Medicina Generale, di Continuità assistenziale, delle ASCOT; specialisti ambulatoriali di altre branche, dopo valutazione del caso clinico: - effettuare impegnativa DEM con priorità B di 1° visita cardiologica con ECG; - prescrivere accertamenti diagnostici (esami ematici e strumentali come da ALL.XX Protocollo Diagnostico? - compilare scheda sospetto scompenso (vedi allegato XX)
Logistica	
Tempistiche	In base al protocollo di cure stabilite
Documentazione prodotta	DEM per visita cardiologica Prescrizioni esami diagnostici e strumentali Scheda di Sospetto Scompenso
Allegati	Scheda di Sospetto
Indicazioni al paziente	
Alert particolari (indirizzati agli Operatori)	Segni e/o sintomi di instabilità emodinamica (edemi declivi; ortopnea; dispnea da sforzo per sforzi minimi; Elevati valori pressori domiciliari (PA > 160/100 mmHg; incremento della FC; comparsa di aritmia; incremento ponderale significativo es. > 2 kg alla settimana; diuresi contratta) che richiedono contatto con il medico curante o accesso in PS
Rischi correlati	Rischio di riconoscimento ritardato del quadro clinico di scompenso.
Obiettivi/traguardi sanitari	Riconoscere in maniera precoce lo scompenso cardiaco e assicurare la presa in carico del paziente in tempistiche congrue
Note	

EVENTO E1b	SOSPETTO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO NEL PAZ ADULTO – DH – PS – UUOO NON CARDIOLOGICHE
Figure coinvolte e relative attività	Medico di UUOO/PS: esegue EO, rileva anamnesi e segni/sintomi di scompenso -richiede esami ematici e diagnostici (come da allegato Protocollo diagnostico) effettua (o prescrive se presente personale infermieristico adeguatamente formato) EGA arterioso. -richiede mediante Order Entry consulenza Cardiologica e refertazione ECG mediante Estensa -compila la Scheda di Sospetto
Logistica	Pronto Soccorso del P.O. San Francesco, Nuoro Pronto Soccorso del P.O. San Camillo, Sorgono UUOO non cardiologiche del P.O. San Francesco, Nuoro UUOO del San Camillo, Sorgono
Tempistiche	Le richieste devono essere effettuate nel più breve tempo possibile
Documentazione prodotta	Richieste EE, esami strumentali e consulenze
Allegati	Scheda di Sospetto

Indicazioni al paziente	
Alert particolari (indirizzati agli Operatori)	Segni e/o sintomi di instabilità emodinamica (edemi declivi; ortopnea; dispnea da sforzo per sforzi minimi; Elevati valori pressori domiciliari (PA > 160/100 mmHg; incremento della FC; comparsa di aritmia; incremento ponderale significativo es. > 2 kg alla settimana; diuresi contratta)
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Riconoscere in maniera precoce lo scompenso cardiaco e assicurare la presa in carico del paziente in tempistiche congrue
Note	

EVENTO E1c	SOSPETTO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO NEL PAZ ADULTO – UO CARDIOLOGIA E UTIC
Figure coinvolte e relative attività	
Logistica	
Tempistiche	
Documentazione prodotta	
Allegati	
Indicazioni al paziente	
Alert particolari (indirizzati agli Operatori)	
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	
Note	

EVENTO E2a	VALUTAZIONE CLINICO STRUMENTALE – DH – PS – UUOO NON CARDIOLOGICHE
Figure coinvolte e relative attività	<p>Infermiere: rileva i parametri vitali (PA; FC; Peso; Altezza; SpO2), esegue prelievo venoso (e arterioso per EGA se adeguatamente formato) ed ECG a 12 derivazioni.</p> <p>Tecnico di Radiologia: esegue RX torace a 2 proiezioni</p> <p>Medico Radiologo: referta esame strumentale</p> <p>Medico Cardiologo: visiona tutta la documentazione del paziente esegue visita cardiologica ed ecocardiogramma CD; referta ECG.</p>
Logistica	PS e UUOO del PO San Francesco/ PO San Camillo Radiologia PO San Francesco (?)
Tempistiche	
Documentazione prodotta	Referti EE Referto RX Referto ECG

	Referto consulenza Cardiologica
Allegati	
Indicazioni al paziente	Attento controllo dei fattori di rischio cardiovascolare (Fdr CV). Stretta aderenza alla terapia farmacologica e comportamentale prescritta
Alert particolari (indirizzati agli Operatori)	
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	
Note	

EVENTO E2a	VALUTAZIONE CLINICO STRUMENTALE – UUOO CARDIOLOGIA E UTIC
Figure coinvolte e relative attività	
Logistica	
Tempistiche	
Documentazione prodotta	
Allegati	
Indicazioni al paziente	
Alert particolari (indirizzati agli Operatori)	
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	
Note	

EVENTO E2a	VALUTAZIONE CLINICO STRUMENTALE - AMBULATORIO DI CARDIOLOGIA
Figure coinvolte e relative attività	<p>L'infermiere, accetta il paziente in ambulatorio che presenta impegnativa con indicazione di sospetto scompenso cardiaco, inviato dal MMG e/o da altro specialista. Acquisisce i parametri vitali (PA; FC; Peso; Altezza; SpO2) ed esegue ecg a 12 derivazioni Il paziente si presenta in ambulatorio in possesso con: RX torace, esami ematici completi (compreso dosaggio NT-PRO BNP parametro laboratoristico necessario per fare diagnosi!!!)</p> <p>Il Cardiologo visiona tutta la documentazione del paziente esegue visita cardiologica ed ecocardiogramma CD.</p> <p>Come da allegato <i>Protocollo diagnostico</i></p>
Logistica	Ambulatori area Cuore cardiologici siti nel 1° piano settore A della Casa della Comunità di Nuoro; ambulatori di Cardiologia del Poliambulatorio di Orosei; di Siniscola; di Macomer; di Gavoi e di Sorgono.

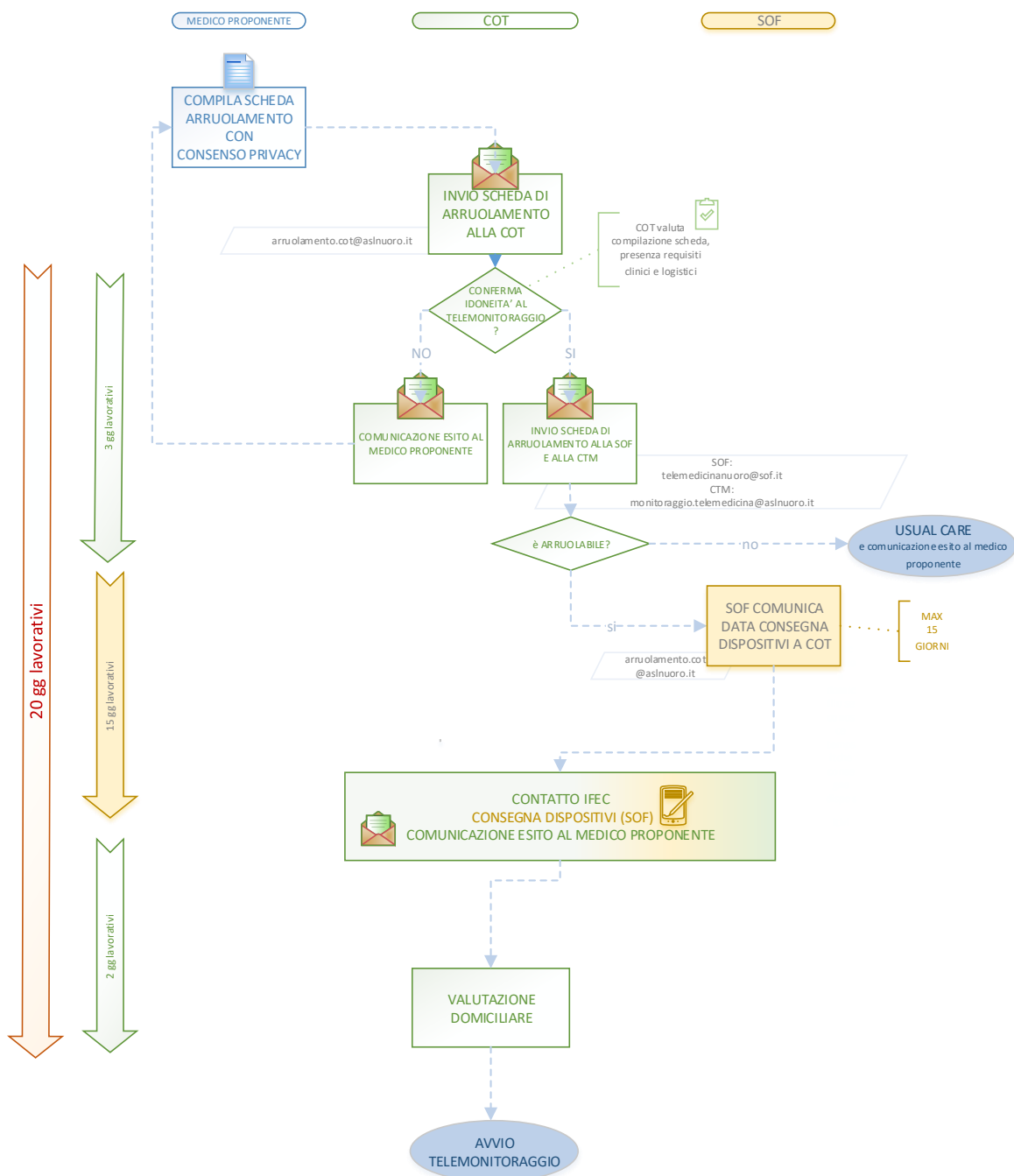
Tempistiche	Entro 10 giorni
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale completo riportato in Cartella SISAR e/o sistema di telemonitoraggio CGM con prescrizione terapeutica e successive pianificazioni delle visite di controllo Refert
Allegati	Prescrizioni
Indicazioni al paziente	Attento controllo dei fattori di rischio cardiovascolare (Fdr CV). Stretta aderenza alla terapia farmacologica e comportamentale prescritta
Alert particolari (indirizzati agli Operatori)	
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	
Note	
Note	
Obiettivi/traguardi sanitari	
Note	

EVENTO E3b	CLASSIFICAZIONE FENOTIPICA DELLO SCOMPENSO – AMBULATORIO CARDIOLOGIA, UO CARDIOLOGIA
Figure coinvolte e relative attività	<p>Il Cardiologo, sulla base dei valori della FE (espressione della contrattilità miocardica calcolata sec metodo biplana durante esame ecocardiografico) classifica lo scompenso in :</p> <p>HFrEF scompenso cardiaco con frazione eiezione ridotta ($EF \leq 40\%$)</p> <p>HfmEF scompenso cardiaco con frazione eiezione lievemente ridotta ($EF 41\% -49\%$)</p> <p>HfpEF scompenso cardiaco con frazione eiezione conservata ($EF \geq 50\%$)</p> <p>Il Cardiologo, dopo attenta anamnesi, e sulla base della sintomatologia riferita classifica lo scompenso in classe classi sec. 4 classi di gravità (classificazione NYHA)</p>
Logistica	medesima
Tempistiche	Entro 10 gg
Documentazione prodotta	medesima
Allegati	
Indicazioni al paziente	

EVENTO E4b	EZIOLOGIA, TRATTAMENTO E SCORE DI RISCHIO – AMBULATORIO CARDIOLOGIA, UO CARDIOLOGIA
Figure coinvolte e relative attività	<p>Il cardiologo, dove aver eseguito gli accertamenti strumentali e clinici su menzionati conclude la visita identificando l'eziologia dello scompenso, prescrive trattamento farmacologico e prospetta eventuali procedure terapeutiche (vedi allegato 3).</p> <p>Calcola lo SCORE 3CHF (Cardiac and Comorbid Conditions Heart Failure (3C-HF), è un semplice modello di stratificazione del rischio, basato su informazioni cliniche di routine che includono le comorbidità. Utilizzato per predire la mortalità per tutte le cause a 1 anno nei pazienti con scompenso cardiaco.</p>
Logistica	medesima
Tempistiche	
Documentazione prodotta	medesima
Allegati	medesima
Indicazioni al paziente	<p>Presa in carico il paziente:</p> <ol style="list-style-type: none"> mediante proposta al paziente di inserimento al progetto telemonitoraggio. Il paziente accetta e il Cardiologo invia scheda di arruolamento alla COT via mail (riportata nella scheda allegata) mediante controlli ambulatoriali programmati (usual care) dallo specialista, nel caso in cui non ci siano le condizione per essere inseriti nel telemonitoraggio (es. non volontà del paziente, assenza di care-giver e/o difficoltà nell'utilizzo dei device)

**FLOW CHART DEL PROTOCOLLO DI PRESA IN CARICO
FLOW-CHART ARRUOLAMENTO IN TELEMONITORAGGIO**

FLOW CHART ARRUOLAMENTO IN CTM

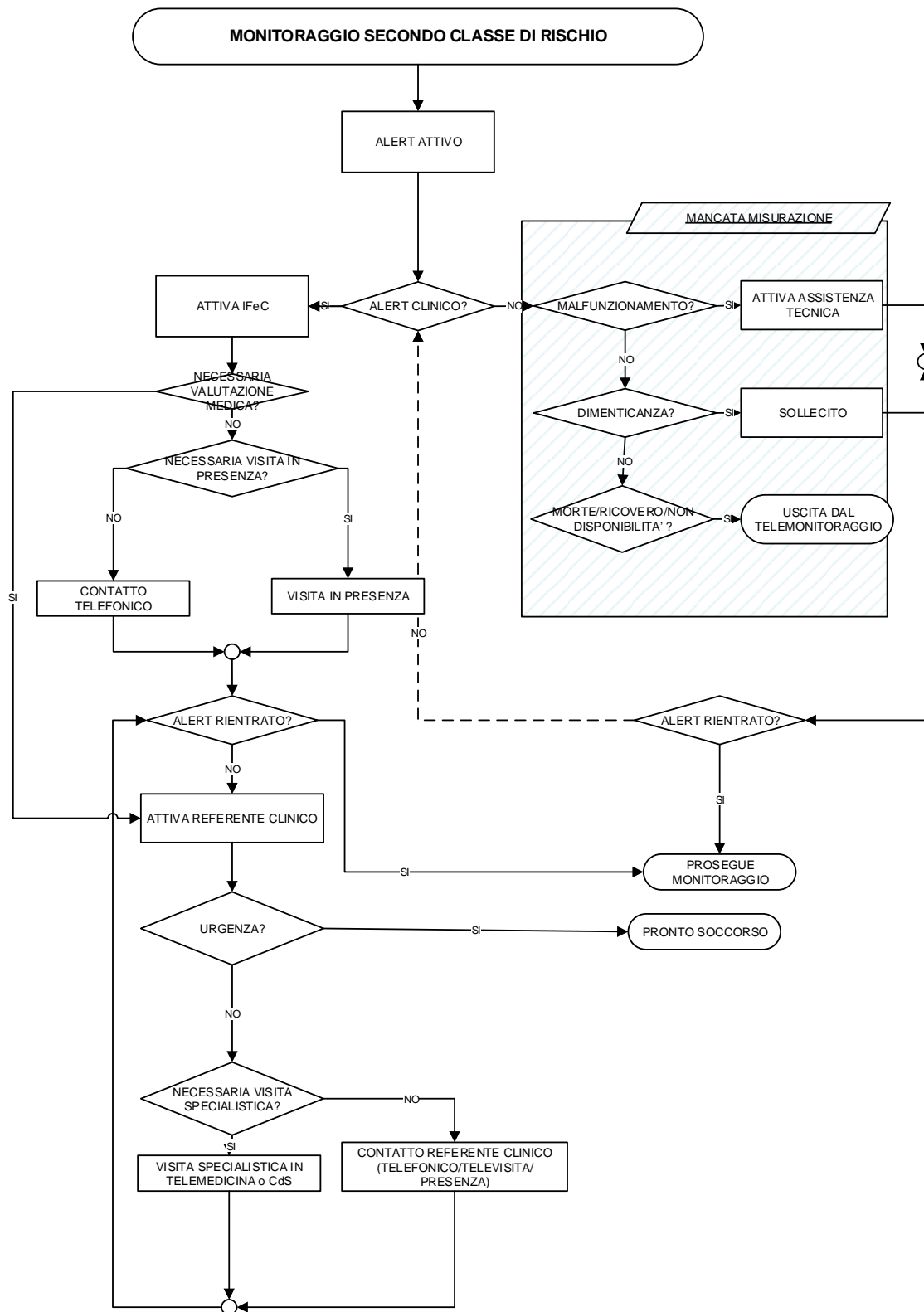


LEGENDA FLOW CHART ARRUOLAMENTO IN TELEMONITORAGGIO

ATTIVITA'/SNODO	DESCRIZIONE
COMPILAZIONE SCHEDA ARRUOLAMENTO E INVIO ALLA COT	<p>Il Medico proponente verifica la presenza di Diagnosi accertata (come da PDTA) E avvia la procedura di presa in carico con telemonitoraggio, tramite la compilazione della Scheda di arruolamento (Allegato NU003_ALL.5_SCHEDA ARRUOLAMENTO).</p> <p>Tutta la documentazione deve essere inviata alla COT, all'indirizzo mail: arruolamento.cot@aslnuoro.it</p>
CONFERMA IDONEITÀ AL TELEMONITORAGGIO	<p>La COT, entro 3 giorni lavorativi, verifica la presenza dei seguenti requisiti di idoneità al telemonitoraggio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosi accertata (come da PDTA) 2. Compilazione corretta della scheda di arruolamento 3. Residenza nella ASL Nuoro 4. Copertura rete mobile per connessione internet 5. Presenza di care giver 6. Disponibilità dell'utente
INVIO SCHEDA ARRUOLAMENTO SOF CTM	<p>La COT, dopo aver valutato le condizioni di cui sopra, procede inviando la scheda di arruolamento via mail alla SOF e alla CTM.</p> <p>Mail SOF: telemedicinanuoro@sof.it Mail CTM: monitoraggio.telemedicina@aslnuoro.it</p> <p>Se la Scheda di arruolamento non è compilata correttamente, ne dà comunicazione al medico proponente che apporterà le opportune modifiche.</p>
È ARRUOLABILE?	<p>La COT verifica la disponibilità immediata o a breve termine di dispositivi per la presa in carico in Telemonitoraggio mediante il Report periodico che la SOF invia all'Ingegneria clinica.</p> <p>Nel caso la domanda superi l'offerta, la COT valuterà in base alle priorità chi avviare al Telemonitoraggio non appena si rende disponibile un'utenza coi relativi dispositivi.</p>
SOF COMUNICA DATA CONSEGNA DISPOSITIVI	<p>La SOF, accertata la disponibilità dei dispositivi, comunica via mail la data di consegna alla COT (mail: arruolamento.cot@aslnuoro.it) affinché gli IFeC possano contattare il paziente e recarsi al domicilio in concomitanza della consegna.</p> <p>Tale consegna deve avvenire entro 15 giorni dalla conferma dell'idoneità al telemonitoraggio.</p>
CONTATTO IFEC CONSEGNA DISPOSITIVI COMUNICAZIONE ESITO	<p>Gli IFeC contattano il paziente per avviare la presa in carico e comunicano la data di consegna dei dispositivi e della propria visita a domicilio (preferibilmente in concomitanza). Sarà cura degli IFeC contattare il MMG affinché possa essere presente durante il primo accesso. Contestualmente l'IFeC effettua informazione al paziente e al care giver sul Telemonitoraggio e invia loro il rispettivo materiale informativo via mail.</p> <p>La SOF, nella data concordata, consegna i dispositivi e effettua informazione sul loro corretto utilizzo e sul funzionamento dell'applicativo.</p> <p>Durante il contatto domiciliare si consegna al paziente la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiale informativo di carattere sanitario da parte dell'IFeC (NU003_ALL.14 INDICAZIONI ALL'UTENTE) - Materiale informativo di carattere tecnico da parte dell'Operatore Tecnico (NU003_ALL.9_SCHEDA ASSISTENZA TECNICA) che, contestualmente compila e fa firmare il Verbale consegna Devices (NU_003_ALL.12_VERBALE CONSEGNA DEVICE) - Informativa Privacy (NU003_ALL.10_INFORMATIVA) - Modulo Consenso informato (NU003_ALL.11_CONSENSO INFORMATO) <p>La COT comunica l'esito della presa in carico al medico proponente e al MMG.</p>
VALUTAZIONE DOMICILIARE	<p>L'IFeC effettua il primo accesso al domicilio del paziente e in tale occasione effettua la propria valutazione e compila la scheda di anamnesi infermieristica che inserirà su CGM.</p>

AVVIO TELEMONITORAGGIO	Il monitoraggio viene definito in base al livello di rischio e alle necessità cliniche (vedi Allegato NU003_ALL.15_STRATIFICAZIONE E CONTROLLI).
USUAL CARE E COMUNICAZIONE ESITO AL MEDICO COMPETENTE E AL PAZIENTE	<p>Mancanza dei criteri di idoneità alla presa in carico in telemonitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none">- Instabilità clinica- Paziente residente in altra ASL- Mancanza di copertura rete mobile per connessione ad internet- Mancanza di care giver- Mancata disponibilità da parte dell'utente <p>Nel caso in cui non siano disponibili utenze per avviare il Telemonitoraggio, la COT ne dà comunicazione al paziente, al medico proponente e al MMG.</p>

FLOW-CHART GESTIONE ALERT

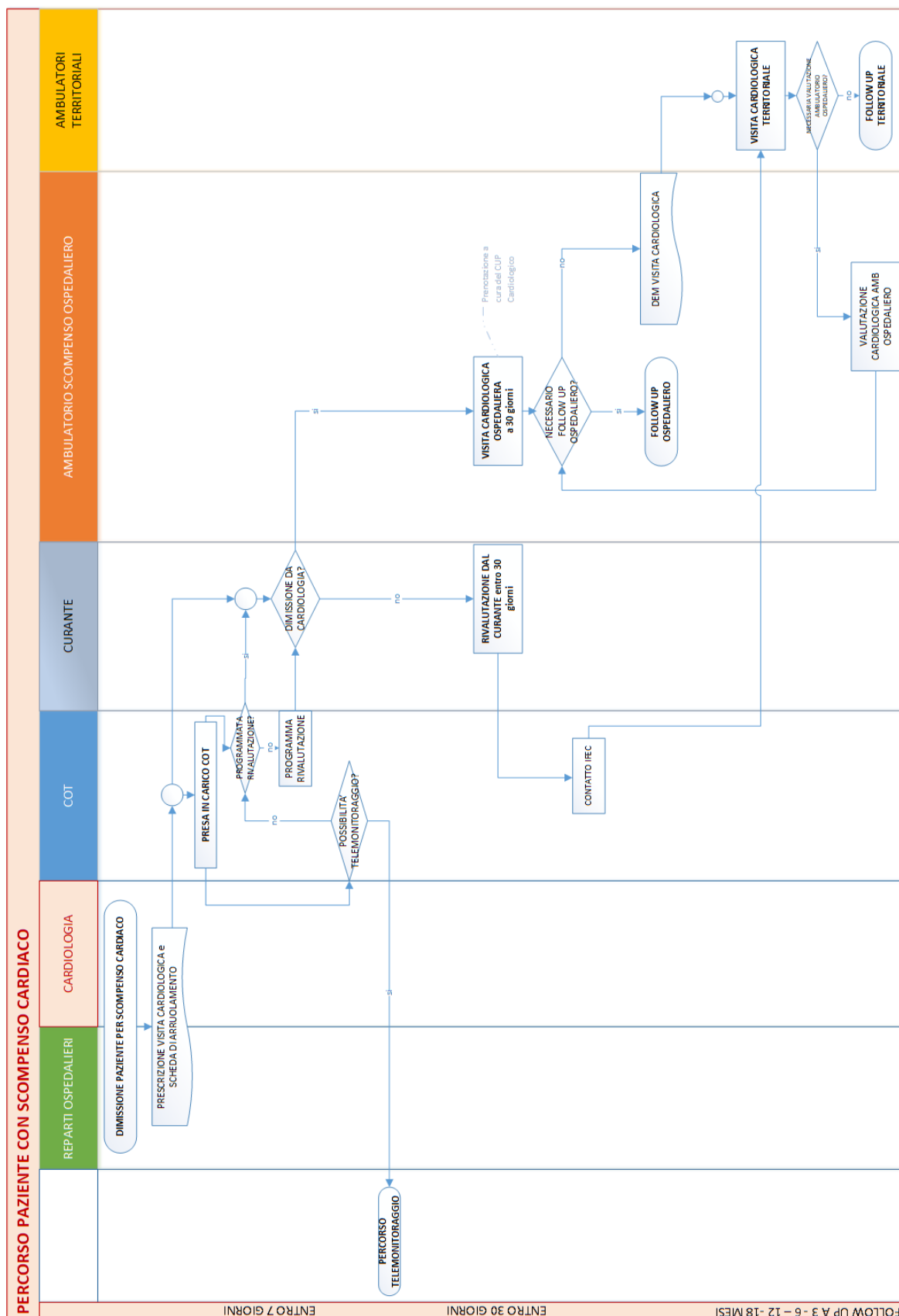


LEGENDA FLOW CHART GESTIONE ALERT

MONITORAGGIO SECONDO CLASSE DI RISCHIO	Il monitoraggio viene definito in base al livello di rischio e alle necessità cliniche (vedi Allegato NU003_ALL.15_STRATIFICAZIONE E CONTROLLI).
ALERT ATTIVO	Vedi allegato NU_003_ ALL.7 INDICAZIONI ALERT
ALERT CLINICO?	Vedi allegato NU_003_ ALL.7 INDICAZIONI ALERT
ATTIVA IFEC	Nel caso di alert clinico, il personale laico della CTM attiva gli IFeC
NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA?	Nel caso in cui l'alert possa essere gestito autonomamente dall'IFeC senza necessità di un consulto medico, l'infermiere procede alla sua gestione mediante contatto telefonico o mediante accesso al domicilio.
NECESSARIA VISITA IN PRESENZA?	Nel caso in cui l'IFeC reputi necessaria una visita in presenza, previo contatto con il paziente e/o con il care giver, programma un accesso al domicilio del paziente.
CONTATTO TELEFONICO	Nel caso in cui non sia necessaria una visita in presenza, l'IFeC procede con un contatto telefonico tramite cui fornisce Teleassistenza ed eventuale educazione sanitaria.
VISITA IN PRESENZA	L'IFeC si reca al domicilio del paziente, effettua anamnesi infermieristica, rilevazione parametri vitali se necessario ed eroga la prestazione assistenziale più appropriata in relazione alla problematica rilevata. Sarà cura dell'IFeC allertare il MMG affinché, se possibile e se necessario, possa essere presente durante l'accesso.
ATTIVA REFERENTE CLINICO	Se L'IFeC reputa necessario un contatto medico, allerta il Referente clinico della centrale e/o il MMG del paziente.
URGENZA?	Nel caso in cui l'IFeC, il Referente clinico della Centrale e/o il MMG reputino che la problematica ha carattere di urgenza, invitano il paziente a recarsi in Pronto Soccorso o, se necessario, allertano il 118 per un trasporto in Ambulanza. È indicato il ricovero in struttura per acuti in caso di: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolore toracico 2. Cardiopalmo 3. Sincope 4. Segni e/o sintomi di insufficienza respiratoria.
NECESSARIA VISITA SPECIALISTICA?	Il referente clinico della centrale effettua la sua valutazione della problematica emersa e procede con richiesta di visita specialistica mediante emissione di impegnativa dematerializzata che invia al personale laico della Centrale di Telemonitoraggio. In via di definizione modalità di erogazione delle prestazioni in Telemedicina.
CONTATTO REFERENTE CLINICO	Il referente clinico della centrale effettua la sua valutazione della problematica emersa e procede con la risoluzione della problematica in autonomia o mediante Teleconsulto con Specialista (modalità ancora in fase di definizione). Esempi di casi in cui il Referente clinico potrebbe procedere in autonomia/con teleconsulto: - valutazione dello stato di idratazione e di altri segni/sintomi e eventuali modifiche terapeutiche - valutazione trend dei parametri e modifica soglie e/o numero di misurazioni e/o orari di rilevazione. NB: nel caso in cui la risposta messa in atto tramite la medicina d'iniziativa non sia risolutiva ed il paziente necessita di avvio in struttura residenziale, per peggioramento delle condizioni generali e/o decadimento cognitivo e/o insorgenza di problematiche sociali che rendano impossibile la gestione autonoma della malattia da parte del paziente/caregiver, ovvero si renda necessario l'avvio a una struttura di Cardiologia Riabilitativa, la COT attiva il PUA.

VISITA SPECIALISTICA	<p>Nei casi di cui sopra, il personale laico della Centrale di Telemonitoraggio prenota una visita specialistica di controllo negli slot dedicati (nell'ottica della medicina di prossimità).</p> <p>In via di definizione modalità di erogazione delle prestazioni in Telemedicina.</p>
ALERT RIENTRATO?	<p>Una volta ripristinate le condizioni basale di salute legate allo Scompenso Cardiaco il paziente può essere riammesso, dietro parere favorevole del Referente Clinico, al follow up di presa in carico tramite telemonitoraggio previo rinforzo formativo da parte di personale della CTM e conferma di criteri di idoneità e disponibilità.</p>
MANCATA MISURAZIONE	<p>Nel caso in cui l'alert non sia di pertinenza clinica, il personale laico della Centrale di Telemonitoraggio prosegue autonomamente nella gestione dello stesso, a seconda dell'eziologia dell'alert stesso.</p>
MALFUNZIONAMENTO?	<p>Nel caso di malfunzionamento il personale laico attiva l'assistenza tecnica.</p>
DIMENTICANZA?	<p>Nel caso di dimenticanza il personale laico, mediante contatto telefonico, sollecita il paziente e/o il caregiver alla rilevazione dei parametri secondo schema.</p>
MORTE/RICOVERO/NON DISPONIBILITÀ?	<p>Nel caso in cui il paziente sia deceduto, il telemonitoraggio si interrompe e il personale laico allerta la SOF affinché proceda al ritiro dei dispositivi nel più breve tempo possibile (massimo entro 15 giorni).</p> <p>Nel caso in cui il paziente vada incontro a ricovero ospedaliero, il telemonitoraggio si interrompe temporaneamente.</p> <p>Nel caso in cui il paziente manifesti la propria volontà ad abbandonare il telemonitoraggio, l'IFeC effettuerà un tentativo di rinforzo educativo per spiegare l'importanza del percorso. Qualora tale tentativo non vada a buon fine, il telemonitoraggio si interrompe e il personale laico allerta la SOF affinché proceda al ritiro dei dispositivi nel più breve tempo possibile (massimo entro 15 giorni).</p> <p>NB: La comunicazione dell'avvenuto ricovero deve essere trasmessa via mail, nel più breve tempo possibile, da parte del professionista che per primo viene a conoscenza dell'evento e deve essere rivolta a tutto il personale coinvolto nel percorso (Referente clinico, MMG, COT, CTM).</p> <p>Contestualmente la CTM invia comunicazione al reparto di Ricovero avvisando che il paziente è in Telemonitoraggio.</p>
USCITA DAL TELEMONITORAGGIO	<p>Il paziente esce temporaneamente dal telemonitoraggio sino alla risoluzione delle condizioni che hanno dato luogo al ricovero in struttura per acuti o all'avvio presso struttura residenziale.</p> <p>Se il paziente esce dal telemonitoraggio in maniera definitiva per i motivi di cui sopra, la SOF dovrà assicurare il ritiro dei dispositivi entro 15 giorni per garantire l'accesso al percorso al un nuovo paziente.</p>

FLOW-CHART USUAL CARE



LEGENDA FLOW CHART USUAL CARE

DIMISSIONE PAZIENTE PER SCOMPENSO CARDIACO: PRESCRIZIONE VISITA CARDIOLOGICA E SCHEDA DI ARRUOLAMENTO	<p><u>Ricovero per Scompenso Cardiaco in Cardiologia/UTIC o in altre UUOO.</u></p> <p>Criteri generici per l'avvio a ricovero in UTIC/Cardiologia del paziente che accede al Pronto Soccorso per Scompenso Cardiaco (sono criteri indicativi e non sostituiscono la valutazione del Medico in relazione al quadro clinico del singolo paziente):</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispositivi impiantabili FE ≤ 35% NYHA 3-4 Life Vest <p>Per i pazienti ricoverati in altre UUOO oltre la Cardiologia/UTIC è necessaria una consulenza Cardiologica da richiedere mediante ADT e da effettuare durante il periodo di ricovero ospedaliero.</p> <p>In occasione della consulenza cardiologica il Cardiologo valuta se il paziente ha necessità di follow up presso l'Ambulatorio Ospedaliero dello Scompenso. In tal caso il paziente segue il percorso previsto per i dimessi dalla Cardiologia/UTIC.</p> <p>Criteri per inserimento dei pz negli slots dell'Ambulatorio Ospedaliero dello Scompenso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ottimizzazione e controllo dell'efficacia della terapia (miglioramento della EF, dei sintomi e della classe); valutazione eventuale procedura invasiva (coro /CRTD/AICD/ablazione) nel caso in cui non sia stato possibile prendere una decisione durante la prima valutazione. <p>NB: I pazienti con alta comorbidità/elevato grado di fragilità e necessità di assistenza di tipo sociosanitario devono essere segnalati alla COT come dimissione protetta.</p> <p>Se un paziente è ricoverato per Scompenso Cardiaco, durante il ricovero il Medico cardiologo (o altro specialista a seguito di consulenza cardiologica) compila la Scheda di Arruolamento che invia alla COT per l'immediata presa in carico, all'indirizzo: arruolamento.cot@aslnuoro.it.</p> <p>A prescindere dal reparto di ricovero, all'atto della dimissione il Medico dimettente emette DEM (specificare quesito diagnostico e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visita Cardiologica di controllo – Primo accesso (89.01) ECG (89.52) Ecocolordopplergrafia cardiaca (88.72.3) <p>Sarà cura del Medico dimettente prescrivere il Piano Terapeutico, eventuali esami ematici e approfondimenti diagnostici che ritiene opportuni.</p>
PRESA IN CARICO COT	<p>Mediante la Scheda di arruolamento, la COT riceve notizia del ricovero del paziente affetto da Scompenso Cardiaco.</p> <p>Dal momento in cui riceve la scheda di arruolamento avvia il processo di presa in carico.</p> <p>Se il medico inviante ha indicato la possibilità di presa in carico con Telemonitoraggio e/o la COT valuta la presenza dei criteri necessari, si avvia l'iter come da Flow Chart Arruolamento.</p> <p>La COT valuta l'avvenuta programmazione della rivalutazione post-ricovero presso ambulatorio dello scompenso ospedaliero o presso il curante, secondo i criteri definiti in seguito.</p> <p>La presa in carico COT e le relative verifiche saranno garantite entro 7 giorni dalla ricezione della scheda di arruolamento.</p>

RIVALUTAZIONE DAL CURANTE	<p>Nel caso di ricovero presso altre UUOO oltre la Cardiologia/UTIC e qualora il cardiologo durante la consulenza non abbia espresso necessità di follow-up ospedaliero, il paziente deve essere rivalutato dal curante entro 30 giorni.</p> <p>Sarà cura della COT verificare la programmazione e/o l'avvenuta esecuzione di tale rivalutazione.</p>
CONTATTO COT	<p>A cadenza variabile a seconda del follow-up programmato, la COT contatterà telefonicamente i pazienti per accertarsi del loro stato di salute e per ricordare loro della calendarizzazione della visita di controllo.</p>
VALUTAZIONE CARDIOLOGICA OSPEDALIERA FOLLOW UP OSPEDALIERO	<p>Nel caso di ricovero in Cardiologia/UTIC, la prima rivalutazione a 30 giorni deve essere effettuata presso l'Ambulatorio dello Scompenso del HSF.</p> <p>L'Ambulatorio ospedaliero dello Scompenso è sito nel P.O. San Francesco (piano terra - corridoio Pronto Soccorso – Ambulatorio n. 1) e prevede due SLOT alla settimana, il primo alle 13:00 e il secondo alle 13:30 del giovedì.</p> <p>Sarà cura del CUP Cardiologico programmare la visita di controllo all'atto della dimissione.</p> <p>Sarà cura della COT verificare la programmazione e/o l'avvenuta esecuzione di tale rivalutazione.</p> <p>Discorso analogo per i pazienti dimessi da altre UUOO qualora il medico cardiologo abbia espresso, all'atto della consulenza cardiologica, necessità di follow up presso Ambulatorio Scompenso ospedaliero.</p> <p>Il paziente seguirà il follow up presso l'Ambulatorio dello Scompenso Ospedaliero con frequenza definita dalla complessità del caso e comunque fino a stabilizzazione clinica.</p> <p>Alla fine di ogni visita di controllo, il medico cardiologo emetterà DEM (specificando il quesito diagnostico e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita Cardiologica di controllo (89.01) • ECG (89.52) • Ecocolordopplergrafia cardiaca (88.72.3) <p>Le visite di controllo saranno prenotate dal CUP della Cardiologia con frequenza in base al quadro clinico e secondo classe di rischio come da Allegato NU003_ALL.15_STRATIFICAZIONE E CONTROLLI</p>
VISITA CARDIOLOGICA TERRITORIALE FOLLOW UP TERRITORIALE	<p>Visita Cardiologica Territoriale: attualmente sono attivi n. 9 slot alla settimana (n. 5 nel Distretto di Nuoro, n.2 nel Distretto di Sorgono, n. 3 nel Distretto di Macomer e n.1 nel Distretto di Siniscola/Orosei).</p> <p>Casi in cui il paziente deve effettuare una visita cardiologica territoriale (garantendo, dove possibile, accesso al Distretto più vicino in base alla residenza del paziente):</p> <p>1) Se il paziente non necessita di un follow up ospedaliero ed è stato rivalutato dal curante nel post dimissione. Il medico curante rilascia DEM (specificando il quesito diagnostico e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita Cardiologica di controllo – Primo accesso (89.01) • ECG (89.52) • Ecocolordopplergrafia cardiaca (88.72.3) <p>La COT verifica che il paziente abbia la prenotazione di visita cardiologica negli SLOT dedicati.</p> <p>2) Se paziente esce dal follow-up ospedaliero perché in possesso dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • terapia medica ottimizzata o in via di ottimizzazione

	<ul style="list-style-type: none"> • stabilità clinica (no segni clinico di scompenso) • no necessità di trattamenti invasivi (coronarografia; SEF; impianto devices ICD/CRT). <p>Il medico cardiologo dell'Ambulatorio di Scompenso ospedaliero rilascia DEM (specificando il quesito diagnostico e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita Cardiologica di controllo – Primo accesso (89.01) • ECG (89.52) • Ecocolordopplergrafia cardiaca (88.72.3) <p>L'operatore CUP della Cardiologia prenota una visita territoriale negli SLOT dedicati.</p> <p>Il paziente seguirà poi il follow up ambulatoriale con frequenza definita dalla complessità del caso e secondo classe di rischio come da Allegato NU003_ALL.15_STRATIFICAZIONE E CONTROLLI.</p> <p>Alla fine di ogni visita di controllo, il medico cardiologo emetterà DEM (specificando il quesito diagnostico e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita Cardiologica di controllo (89.01) • ECG (89.52) • Ecocolordopplergrafia cardiaca (88.72.3) <p>La COT verifica che il paziente abbia la prenotazione di visita cardiologica negli SLOT dedicati.</p>
VALUTAZIONE CARDIOLOGICA PRESSO AMBULATORIO SCOMPENSO OSPEDALIERO	<p>L'Ambulatorio ospedaliero dello Scompenso è sito nel P.O. San Francesco (piano terra - corridoio Pronto Soccorso – Ambulatorio n. 1) e prevede due SLOT alla settimana, il primo alle 13:00 e il secondo alle 13:30 del giovedì.</p> <p>Modalità di accesso:</p> <p>Il cardiologo territoriale contatta il CUP cardiologico allo 0784240275 (numero attivo dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 13:00) e emette impegnativa (specificando il quesito diagnostico e, se presente, codice di esenzione) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita Cardiologica di controllo – Primo accesso (89.01) • ECG (89.52) • Ecocolordopplergrafia cardiaca (88.72.3) <p>Le impegnative devono essere inviate a: cupcardiologia.hsf@aslnuoro.it.</p> <p>Criteri per invio all'ambulatorio scompenso ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sospetta cardiomiopatia ischemica/non ischemica di primo riscontro ed eziologia da definire con segni clinici di scompenso • scompenso cardiaco noto (indipendentemente dall'eziologia) con peggioramento del quadro clinico e/o laboratoristico e disfunzione sistolica • valvulopatia moderata/severa di primo riscontro e/o nota con sintomi di scompenso.
FOLLOW UP TERRITORIALE	<p>Il Follow up territoriale prevede Visita specialistica + ECG con frequenza in base alla classe di rischio come da Allegato NU003_ALL.15_STRATIFICAZIONE E CONTROLLI.</p>

MONITORAGGIO E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL PDTA

INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO

N.	Indicatore	Fonte	Periodicità	Standard atteso
1	n° dimissioni totali per scompenso cardiaco nell'adulto presso la ASL di Nuoro	Programmazione e Controllo	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
2	n° dimissioni totali per scompenso cardiaco nell'adulto (totali e per U.O.) presso la ASL di Nuoro	Programmazione e Controllo	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
3	n° dimissioni residenti per scompenso cardiaco nell'adulto (totali e per U.O.) presso la ASL di Nuoro	Programmazione e Controllo	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
4	n° riospedalizzazioni residenti per scompenso cardiaco nell'adulto a 30 gg	Programmazione e Controllo	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
5	Mortalità intraospedaliera per Scompenso Cardiaco	Programmazione e Controllo	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
6	Accessi in Pronto Soccorso per Scompenso Cardiaco	Programmazione e Controllo	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
7	CTM – Totale pazienti residenti con Scompenso Cardiaco arruolati	CTM	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
8	CTM – Totale pazienti residenti con Scompenso Cardiaco attivi	CTM	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
9	CTM – Totale Alert Scompenso Cardiaco	CTM	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
10	CTM – Totale Alert clinici	CTM	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
11	CTM – Contatto IFeC	COT e CTM	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
12	CTM – Visita Specialistica	CUP	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
13	CUP: volume di visite cardiologiche (agenda esclusiva scompenso)	CUP	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
14	CUP: volume di ECG (agenda esclusiva scompenso)	CUP	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>
15	CUP: volume di Eco Cardio (agenda esclusiva scompenso)	CUP	Quadrimestrale	<i>Da definire</i>

ALLEGATI

ALL. N.	CODICE	TITOLO DESCRITTIVO DOCUMENTO
1	NU003_ALL.1_PROT.DIAGNOSTICO	<i>Protocollo diagnostico</i>
1 BIS	NU003_ALL.1bis_ PROT.DIAGNOSTICO	<i>Protocollo diagnostico</i>
2	NU003_ALL.2_ CLASS.FENOTIPICA	<i>Classificazione fenotipica dello scompenso</i>
3	NU003_ALL.3_EZIOLOGIA	<i>Approfondimento Eziologia Scompenso Cardiaco</i>
4	NU003_ALL.4_ SCHEDA SOSPETTO	<i>Scheda sospetto Scompenso Cardiaco</i>
5	NU003_ALL.5_ SCHEDA ARRUOLAMENTO	<i>Scheda arruolamento</i>
6	NU003_ALL.6_ MODULO PRIMA ADESIONE	<i>Modulo prima adesione telemedicina</i>
7	NU003_ ALL.7 INDICAZIONI ALERT	<i>Definizione Alert</i>
8	NU003_ALL.8_ INFO TELEMONITORAGGIO	<i>Materiale informativo per il telemonitoraggio</i>
9	NU003_ALL.9_ SCHEDA ASSISTENZA TECNICA	<i>Scheda assistenza tecnica</i>
10	NU003_ALL.10_ INFOMATIVA	<i>Informativa pazienti</i>
11	NU003_ALL.11_ CONSENSO INFORMATO	<i>Consenso informato</i>
12	NU003_ALL.12_ VERBALE CONSEGNA DEVICE	<i>Verbale consegna device</i>
13	NU003_ALL.13_ SCHEDA TELEMONITORAGGIO	<i>Scheda paziente telemonitoraggio</i>
14	NU003_ALL.14 INDICAZIONI ALL'UTENTE	<i>Indicazioni cliniche all'utente</i>
15	NU003_ALL.15_ STRATIFICAZIONE E CONTROLLI	<i>Stratificazione del rischio e controlli previsti</i>