

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO (AREA GORIZIANA)

Gruppo di lavoro

Maria Teresa Padovan - Programmazione Controllo Gestione (ASS2) - Coordinatore

Susanna Agostini - Servizio Dietetico Aziendale (ASS2)

Gilberto Cattarini - Cardiologia Monfalcone (ASS2)

Dorita Chersevani - Specialista Convenzionato (ASS2)

Carlo Donada - Medicina Gorizia (ASS2)

Adriana Fasiolo - Medicina Generale (ASS2)

Fabio Fiammengo - Medicina Gorizia (ASS2)

Luisa Mattei - Cardiologia Gorizia (ASS2)

Gloria Moretto - Cardiologia Monfalcone (ASS2)

Annalisa Paron – Distretto (ASS2)

Carla Narduzzi – Distretto (ASS2)

Paola Trolese - Cardiologia Monfalcone (ASS2)

Alessandra Tuzzi – Distretto (ASS2)

Federica Zagolini - Pronto Soccorso Monfalcone (ASS2)

Ultima revisione

Ottobre 2014

PREMESSA

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta il primo DRG (127) di ricovero nei presidi ospedalieri dell'ASS2 (DRG 127). Nel corso del 2013 i ricoveri sono stati 535 (246 a Gorizia e 289 a Monfalcone), di cui 60 sono stati ricoveri ripetuti (da 2 a 4 nel corso dell'anno). Dei 535 ricoveri totali 180 sono stati accolti dalle due Cardiologie (70 a Gorizia e 110 a Monfalcone) mentre 356 sono stati accolti nelle Medicine (176 a Gorizia e 179 a Monfalcone).

Tutti i componenti del gruppo di lavoro hanno partecipato alla giornata di formazione a Trieste curata dall'ASS1 Triestina e vi è stato un iniziale confronto con i colleghi dell'Area Vasta Giuliano Isontina per valutare la attuale organizzazione.

Considerato che il contesto esistente in provincia di Trieste appariva sostanzialmente diverso da quello Isontino, per dotazione di risorse, strutture ed organizzazione si è ritenuto di dover istituire due gruppi di lavoro, uno per l'area triestina (AOUTs e ASS1) ed un Gruppo di lavoro aziendale di ASS2.

La prima fase dei lavori ha previsto un'analisi della situazione esistente in ASS2 al fine di evidenziare eventuali criticità e/o differenze organizzative tra i due Distretti Sanitari ed i due presidi ospedalieri. Nella seconda fase il gruppo ha descritto i percorsi ideali del paziente con SC sotto forma di Flow-chart, individuando le azioni di miglioramento e gli indicatori di misurazione.

Per quanto riguarda le Linee Guida di riferimento i componenti del gruppo di lavoro hanno espresso un consenso sul documento *Consensus Scompenso Cardiaco - ARS FVG 2008* e, per quanto non previsto o non aggiornato nel documento regionale, sono state prese come riferimento le *LLGG ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012*.

SITUAZIONE ATTUALE

Dall'analisi dell'attuale organizzazione è emerso che in ASS2 il paziente con SC segue un percorso diagnostico terapeutico assistenziale non strutturato ed ufficializzato ma sostanzialmente allineato a quelli che sono i documenti di riferimento internazionali e locali. In alcune fasi il percorso è diverso tra Distretto Alto e Basso Isontino.

Il Gruppo di Lavoro Aziendale, per facilitare la schematizzazione, ha preso in esame diversi percorsi del paziente:

- pazienti al primo episodio di scompenso stadiati e rinviati a domicilio (*a basso rischio*)
- pazienti al primo episodio di scompenso ricoverati (non basso rischio)
- pazienti con recidiva di scompenso e ricoverati, aggravamento della malattia
eventi intercorrenti (cardiologici e non)

E' evidente che i percorsi possono interessare lo stesso paziente in tempi successivi e in tal caso saranno ricondotti ad un flusso unitario che riassume le diverse modalità di presentazione dei casi.

A. Pazienti al primo episodio di scompenso stadiati e rinvii a domicilio (a basso rischio)

Accesso del paziente al PS

FASI (tempi)	LUOGHI	ATTORI	NOTE/CRITICITA'
Ingresso nel PDTA	Accesso al PS	Medico di PS	
Valutazione	PS	Medico di PS	
Trattamento sintomatologico	PS/OBI	Medico di PS	Mancano protocolli interni di trattamento concordati tra gli specialisti
Richiesta consulenza cardiologica	PS/OBI	Medico PS	Mancano criteri formalizzati per la richiesta di consulenza cardiologica che non sempre viene richiesta
Consulenza Cardiologia (Inquadramento diagnostico, impostazione terapia farmacologia, indicazioni per follow-up)	PS	Cardiologo ospedaliero	
Dimissioni	PS	Medico di PS	Lettera di dimissione per MMG curante. Se non è stata fatta consulenza cardiologica di norma viene fatta richiesta di visita cardiologica classe B su ricetta SSR o viene consigliata visita cardiologica.
Presa in carico (conclusione iter diagnostico, follow-up)	MMG Ambulatorio Cardiologia	MMG Cardiologo	E' possibile che il paziente non venga segnalato dal PS e quindi non venga intercettato come caso di scompenso. Non è stato definito un protocollo per l'iter diagnostico.

Accesso del paziente al MMG

FASI (tempi)	LUOGHI	ATTORI	NOTE/CRITICITA'
Ingresso nel PDTA	Accesso al MMG	MMG	Accesso diretto o dopo un ricovero con diagnosi di scompenso nella lettera di dimissioni. Si ritiene necessaria segnalazione da parte del reparto alla Cardiologia con fax della lettera di dimissioni.
Valutazione	Ambulatorio MMG	MMG	Criteri di riferimento "Consenso regionale 2008"
Trattamento sintomatologico	Ambulatorio MMG	MMG	Criteri di riferimento "Consenso regionale 2008"
Richiesta Visita Cardiologica classe B	Ambulatorio MMG	MMG	Manca ambulatorio dedicato.
Visita Cardiologia B (Inquadramento diagnostico, impostazione terapia farmacologia, indicazioni per follow up)	Ambulatorio Cardiologo Ospedaliero o Territoriale	Cardiologo ospedaliero o Territoriale	Non sono definiti criteri, responsabilità e protocollo di Follow up.
Presa in carico (conclusione iter diagnostico, Follow-up)	MMG Ambulatorio cardiologia	MMG Cardiologo	Mancano modalità condivise di presa in carico tra Cardiologia e territorio.

B. Pazienti al primo episodio di scompenso ricoverati (non basso rischio)

FASI (tempi)	LUOGHI	ATTORI	NOTE/CRITICITA'
Ingresso nel PDTA	Accesso al PS	Medico PS	
Valutazione	PS	Medico PS	
Trattamento sintomatologico	PS/OBI	Medico PS	
Richiesta consulenza cardiologica	PS/OBI	Medico PS	Mancano criteri formalizzati per la richiesta di consulenza cardiologica che non sempre viene richiesta
Consulenza Cardiologia	PS	Cardiologo ospedaliero	
Richiesta di ricovero in Cardiologia o Medicina	PS	Cardiologo Ospedaliero	Mancano criteri formalizzati per invio del paziente in Cardiologia o Medicina
Ricovero in Cardiologia/Medicina (Inquadramento clinico/diagnostico, eventuale invio Hub, stratificazione prognostica, impostazione terapia, percorsi specialistici per comorbidità, inizio riabilitazione in acuto, educazione terapeutica e stili di vita)	Cardiologia Medicina	Cardiologo /Internista ospedaliero Infermiere Cardiologia/Medicina Fisioterapista Dietista	
Trasferimento Hub o altro reparto ospedaliero	Cardiologia Medicina	Cardiologo/ Internista ospedaliero	Criteri per invio Hub : pazienti ischemici acuti, grave valvulopatia, grave instabilità emodinamica. (Trasporto secondario urgente)
Dimissioni (Domicilio, casa di Riposo, RSA)	Cardiologia Medicina	Cardiologo/ Internista ospedaliero, ICA	Lettera di dimissione per MMG curante. ICA segnala i pazienti fragili con SC dimessi dalla Medicina alla Cardiologia ed al MMG ad attiva ADI
Presa in carico (conclusione iter diagnostico, follow-up) a seconda del setting di assistenza	Domicilio CdR RSA	MMG/ADI Cardiologo Medico RSA Palliativista SSC	Di volta in volta il cardiologo definisce un protocollo di Follow-up e la presa in carico/percorso a livello territoriale dei casi gravi (3° e 4° classe NYHA) e dei pazienti fragili multiproblematici. Nel DAI arruolamento dei pazienti più critici seguiti a domicilio con telefonate periodiche da parte della cardiologia ospedaliera, definizione di follow-up, programmazione di visite ambulatoriali, segnalazione al MMG

C. Pazienti al primo episodio di scompenso ricoverati (non basso rischio)

Rientrano nel flusso del caso B. con accesso al PS o con ricovero programmato da parte del Cardiologo o del MMG concordato dopo valutazione cardiologica

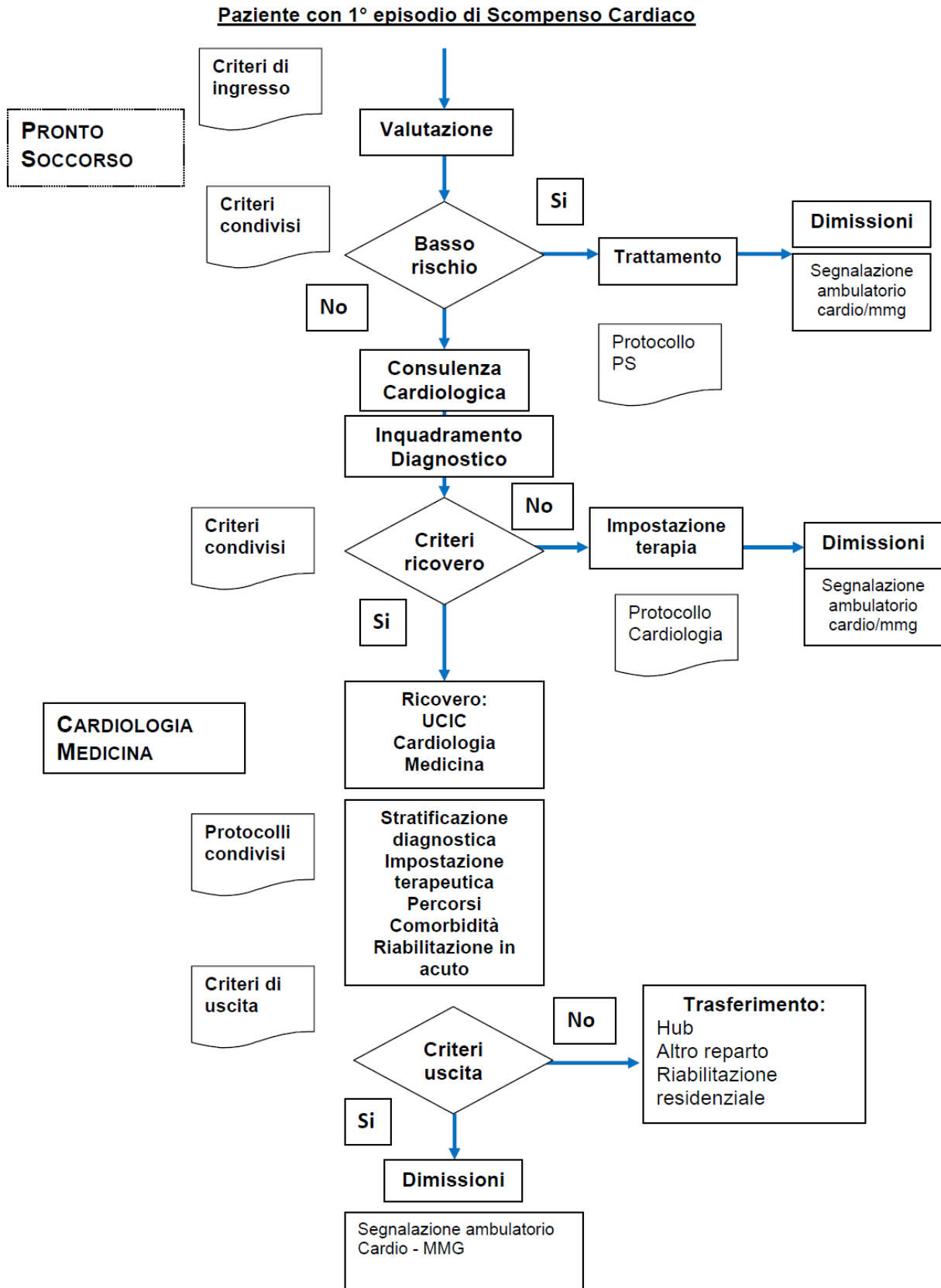


Figura 1: Flow chart del paziente al primo episodio di scompenso: accesso al Pronto Soccorso

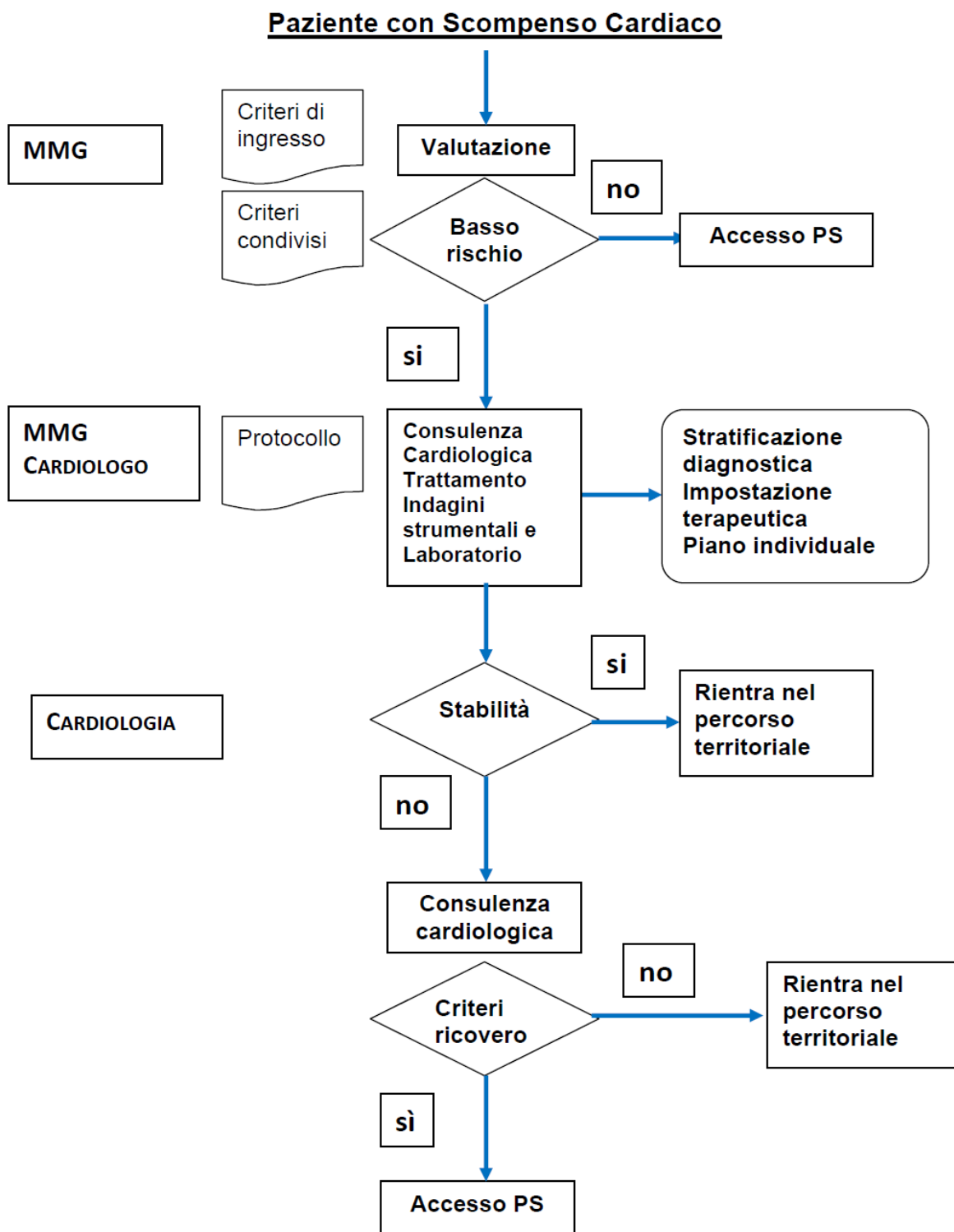


Figura 2: Flow chart del paziente con scompenso: accesso al MMG

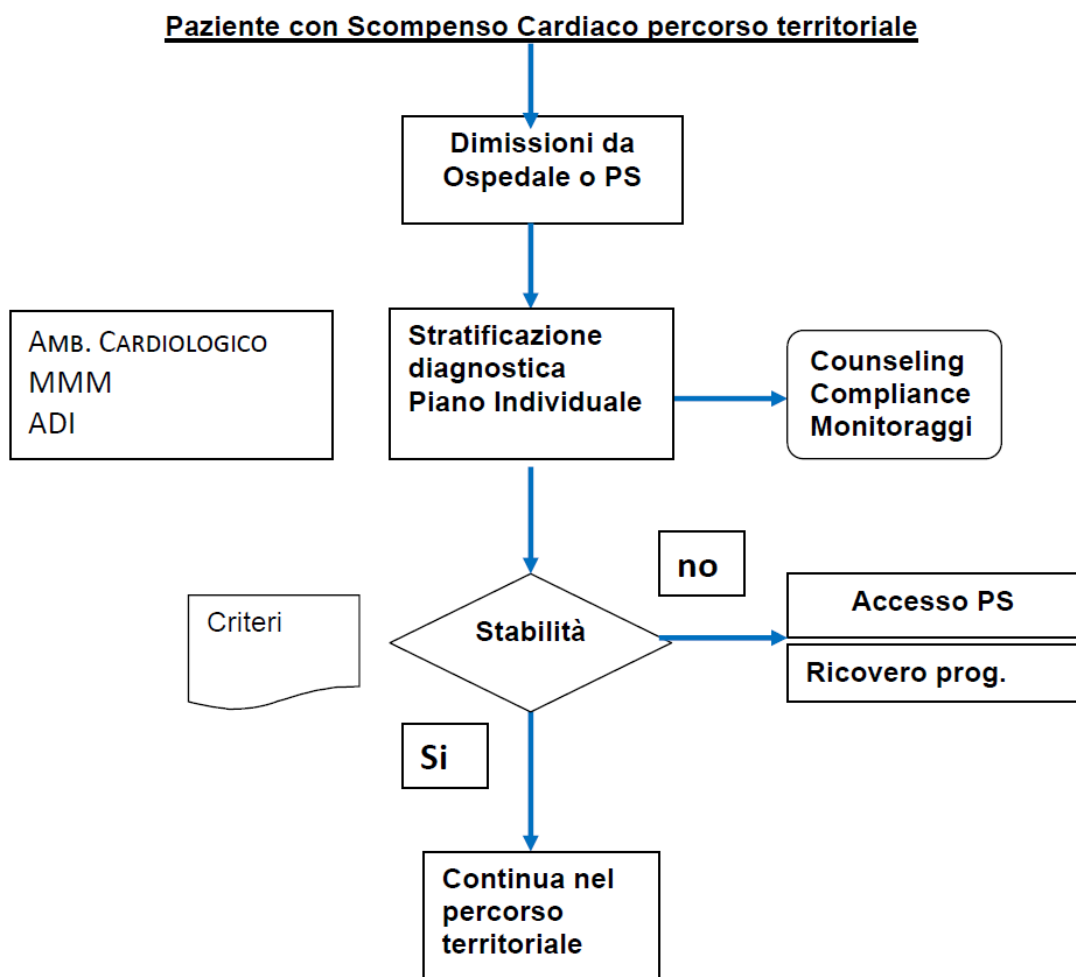


Figura 3: Flow chart del paziente con scompenso; percorso territoriale

D. Percorso territoriale

FASI (tempi)	LUOGHI	ATTORI	AZIONI
Ingresso nel PDTA	Dimissioni Ospedale o PS, invio MMG, Valutazione cardiologo	MMG, Cardiologo	Diagnosi e stratificazione prognostica
Piano Individuale	Ambul. Cardio 1° visita	Cardiologo, MMG	Impostazione/ottimizzazione terapia Elaborazione Piano Individuale
Registro SC 3°/4° classe	Ambul. Cardio	Cardiologo, infermiere	Inserimento in elenco per classe NHYA 3°/4° Richiamo attivo Cardio
Counseling	Ambul. Cardio, MMG, amb. dietistico	Cardiologo, MMG, infermiere, dietista, fisioterapista, ecc.	Counseling stili di vita, compliance terapeutica
Monitoraggio	Ambul. Cardio, MMG, domicilio	Cardiologo, Internista, MMG, ADI	Attività previste dal piano individuale
Consulenza specialistica	Amb. Cardio, domicilio, amb. dietistico	Cardiologo, internista, dietista	Consulenza telefonica, visite domiciliari, piano nutrizionale individualizzato
Assistenza domiciliare	Domicilio	MMG, ADI infermiere dedicato	Visite ed assistenza infermieristica domiciliare Percorsi facilitati
Cure palliative	Domicilio	Nucleo Cure Palliative	Palliazione

INDICATORI

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	PERIODICITÀ	STANDARD
Indicatori struttura	Presenza Ambulatorio dedicato: NO	Annuale	Presenza di almeno un ambulatorio dedicato allo SC per ciascun Distretto
Indicatori di processo	% pazienti in terapia con ACE-I: 76,4% ¹	Semestrale	80% FVG: 73,4%
	% pazienti in terapia con betabloccanti	Semestrale	> 50%
Indicatori di esito	Tasso std ricoveri evitabili per SC: 26,3/10.000	Semestrale	< valore medio regionale (29,3/10.000)
	% ricoveri ripetuti/totale ricoveri	Semestrale	< valore anno precedente

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

1. Protocollo terapeutico PS condiviso con cardiologi
2. Criteri per la richiesta di visita cardiologica in PS
3. Sistema informatico per la tracciabilità dei casi con codice ICD9CM al PS
4. Aggiornamento/Integrazione Protocolli diagnostici/terapeutici
5. Ambulatorio Cardio SC integrato con il territorio (MMG e Distretto)
6. Infermieri ospedalieri e distrettuali formati e dedicati

¹ Archivio SISR anno 2013: 922 casi SC (405 DAI e 517 DBI)

Allegato 1) Criteri di ingresso

vedi Consensus ARS FVG 2009 Tabella1) “Principali sintomi di SC riferiti dai pazienti” e Tabella 2) “Principali segni rilevabili in corso di SC.”

Tabella 1:

Principali sintomi di SC riferiti dai pazienti:	
Generali	
Stanchezza e facile affaticabilità, confusione mentale (specie anziani), disturbi addominali e inappetenza, variazione ponderale	
Respiratori	
Tosse secca notturna Dispnea Ortopnea Dispnea parossistica notturna	
Ritenzione idrica	
Gonfiore alle gambe, ai piedi e addominale, nicturia, oliguria	
Cardiaci	
Cardiopalmò, dolore anginoso associato	

Tabella 2:

Principali segni rilevabili in corso di SC		
Aspetto generale del paziente	Dispnea a riposo; ortopnea; pallore; cianosi; cachessia; segni di altre patologie (es. distiroidismo);	Nessun sintomo è presente obbligatoriamente (inclusa la dispnea)
Pressione arteriosa	Può essere normale, bassa o alta	
Frequenza e ritmo cardiaco	Può essere presente tachicardia compensatoria; una aritmia totale suggerisce la presenza di FA	Escludere anemia, febbre, ipertiroidismo. La riduzione della frequenza (in assenza di terapia con betabloccanti o di turbe severe della conduzione AV) è indicativa di risposta alla terapia
Distensione venosa giugulare	Il limite più alto dell'impulso venoso giugulare interno supera i 4 cm sopra l'angolo sternale	Se normale, ricercare il reflusso addomino-giugulare
Terzo e quarto tono cardiaco	Il 3° tono va ricercato all'itto della punta; in presenza di ipertrofia VS ci può essere anche un 4° tono	3° tono: bassa sensibilità, elevata specificità e notevole variabilità interosservatore; 4° tono: più indicativo di disfunzione diastolica
Reperti polmonari	Rantoli basali da stasi, sibili da broncoostruzione, versamento pleurico	Possono essere assenti anche nello SC severo o di difficile interpretazione in presenza di malattie respiratorie
Fegato da stasi	Epatomegalia talora dolente	È presente in caso di congestione epatica da scompenso destro
Ritenzione idrica	Edema bilaterale ai piedi, caviglie, pretibiale (anche con dermatite da stasi) e presacrale. Valutare se è presente anche ascite	La presenza di edema circoscritto a piedi e caviglie, soprattutto nei mesi estivi, in presenza di flebopatia o in trattamento con calcioantagonisti, se non associato ad altri segni di SC, è generalmente aspecifico.

Allegato 2) Criteri d'uscita

- Stabilizzazione emodinamica
- Impostazione terapia farmacologica
- Conclusione iter diagnostico in acuto
- Definizione Follow-up

Allegato 3) Criteri Scompenso cardiaco “a basso rischio”

Il paziente che giunge in PS con SC “a basso rischio” per il quale si prevede che un breve trattamento stabilizzi rapidamente il quadro emodinamico, può essere trattato con terapie direttamente in PS (diuretici ev, nitrati ev), essere sottoposto ad eventuale consulenza cardiologica per stratificazione del rischio (se primo episodio di scompenso) e, una volta stabilizzato, dimesso a domicilio con contemporanea segnalazione alla segreteria dell'ambulatorio cardiologico (inviare fax del verbale di PS).

Il paziente con SC a “basso rischio” si definisce in presenza di:

1. Parametri clinici: lenta insorgenza dei sintomi, assenza di dolore toracico in atto o sincope recente (< 48 ore), assenza di segni di infezione in atto, in presenza di lievi segni clinici di congestione polmonare o periferica in paziente con SCC noto; PA sistolica >90 e <200 mmHg, FC tra 50 e 100 bpm, assenza di ipoperfusione periferica
2. Parametri ECG: assenza di instabilità aritmica (FA non controllata, tachicardia sinusale >130 bpm, aritmie ventricolari frequenti o complesse) o assenza di instabilità ischemica (segni di ischemia in atto)
3. Parametri di laboratorio: assenza di disionie, anemia significativa, insufficienza renale acuta o riacutizzata; assenza di desaturazione O₂ importante, squilibri dell'equilibrio acido-base all'EGA

Allegato 4) Paziente con SC, indicazione clinica al RICOVERO OSPEDALIERO:

Ricovero immediato

- edema polmonare o distress respiratorio in posizione seduta
- desaturazione arteriosa in O₂ < 90%, in assenza di nota ipossiemia cronica
- frequenza cardiaca > 120 battiti/minuto, con l'eccezione di FA cronica
- aritmia (Fibrillazione/ Flutter atriale) de novo con compromissione emodinamica
- shock cardiogeno

Ricovero urgente

- presenza di segni e/o sintomi di congestione e/o ipoperfusione
- recente sviluppo di disfunzione epatica, distensione epatica severa, ascite sotto tensione, anasarca
- riscontro di importante ipo- o iperpotassiemia
- peggioramento acuto di comorbilità (patologie polmonari, insufficienza renale)

Ricovero programmato (DH):

- rapida riduzione della natriemia < 130 mEq/l
- incremento della creatininemia (almeno x 2 volte o in assoluto > 2.5 mg/dl)
- persistenza di segni e/o sintomi di congestione a riposo nonostante ripetute visite di controllo ed aggiustamento della terapia diuretica

INDICAZIONI AL RICOVERO IN CARDIOLOGIA:

Paziente con indicazione clinica al ricovero in cui vi sia:

- patologia ischemica acuta
- aritmia con compromissione emodinamica
- refrattarietà alla terapia e possibile indicazione a supporto avanzato
- valvulopatia severa con indicazione URGENTE a correzione chirurgica
- scompenso acuto in classe clinica avanzata

INDICAZIONI AL RICOVERO IN MEDICINA:

Paziente con indicazione clinica al ricovero in cui vi sia:

In caso di **ricovero ripetuto** per SC:

1. documentazione cardiologica (attuale o precedente) che indichi l'eziologia della cardiopatia ed escluda:
 - o valvulopatie severe con indicazione chirurgica (eventuale esplicita menzione nella valutazione cardiologica di NON indicazione CCH)
 - o SC refrattario con possibile indicazione a supporto avanzato (eventuale esplicita menzione nella valutazione cardiologica di NON indicazione a supporto avanzato per comorbidità/età/condizioni specifiche)

PROTOCOLLI MINIMAL CARE DIETISTI PDTA SCOMPENSO CARDIACO – TERRITORIO E OSPEDALE

Esistono evidenze che l'intervento nutrizionale è efficace nel produrre positive modificazioni del comportamento alimentare nei pazienti con patologia cardiologica, fornendo un contributo significativo nella prevenzione primaria e secondaria della malattia. Studi, linee guida nazionali ed internazionali (v. bibliografia), raccomandano che ad ogni paziente venga fornito un intervento nutrizionale appropriato, lasciando per lo più alle realtà locali l'organizzazione dell'erogazione delle attività. In particolare le "Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari - PNLG Istituto Superiore di Sanità, 2005 (attualmente in via di revisione) prevedono la presenza di 1 dietista a tempo pieno ogni 525 pazienti con intervento ambulatoriale o in DH e 0,5 unità dietista per aree degenziali da 12 posti letto. Si propongono i protocolli di assistenza nutrizionale da includere nel PDTA per lo scompenso cardiaco dell'ASS2 Isontina

Assistenza nutrizionale sul territorio

Nello scompenso cardiaco, nelle situazioni di presa in carico territoriale, ove il paziente non sia già in trattamento, gli interventi nutrizionali devono essere garantiti in relazione alla classe dello scompenso e alle comorbidità associate, a cominciare da raccomandazioni di carattere generale fino a piani dietetici individualizzati.

Obiettivo dell'intervento nutrizionale

Favorire la modifica del comportamento alimentare allo scopo di ridurre i fattori di rischio correlati alla nutrizione e gestire le eventuali patologie concomitanti.

Controllo/riduzione di:

- o peso corporeo e circonferenza vita
- o introito di NaCl, liquidi da tutte le fonti, alcool
- o valori pressori
- o assetto lipidico (colesterolo HDL e LDL, trigliceridi)
- o glicemia ed emoglobina glicata nel diabete
- o prevenzione/trattamento della malnutrizione (clinica o subclinica)

**CRITERI PER LA RICHIESTA DI CONSULENZA DIETISTICA
PAZIENTI VISTI IN AMBULATORI CARDIOLOGICI O MMG**

TIPO DI PAZIENTE	PROVVEDIMENTI
PAZIENTE SCOMPENSATO:	Richiesta di consulenza dietistica con indicazione dell'esatta diagnosi clinica + comorbidità e orientamento rispettivamente a:
1. ASSENZA DI ULTERIORI CRITICITA' E/O COMORBIDITA'	1. Accesso a percorso educativo di gruppo/counseling
2. PRESENZA DI COMORBIDITA' E/O MALNUTRIZIONE	2. Intervento dietetico individualizzato *

* l'intervento dietetico individualizzato, non esclude che il paziente possa comunque avere accesso anche ad un percorso educativo di gruppo

INDICATORI

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	PERIODICITA'	STANDARD
Indicatore di processo	% pazienti scompensati visti negli ambulatori di cardiologia o medicina generale, inviati alla consulenza dietistica	Annuale	>50%
Indicatore di esito	% pazienti trattati con intervento del dietista che ha migliorato le proprie conoscenze sulla corretta alimentazione	Annuale	>70%
Indicatore di esito	% pazienti trattati con intervento del dietista che ha migliorato almeno un fattore di rischio	Annuale	>70%

Assistenza nutrizionale in ospedale

Un paziente ricoverato per scompenso può presentare una complessità clinica non solo legata al problema cardiaco, ma anche a comorbidità associate, talvolta influenzate dalla fragilità derivante dall'età avanzata. La letteratura ha dimostrato come queste persone hanno spesso anche problemi nutrizionali che possono sommarsi a quelli dovuti alla presenza delle alterazioni metaboliche più frequenti della patologia cardiovascolare. Si tratta quindi di pazienti ad alta complessità per i quali può essere necessario ricorrere a modificazioni anche sostanziali della assunzione alimentare fino alla nutrizione artificiale.

Obiettivo dell'intervento nutrizionale

- Individuare il rischio nutrizionale
- Prevenire e/o trattare la malnutrizione ospedaliera
- Avviare un percorso di modifica delle abitudini alimentari (gestibile successivamente anche a domicilio) volto a controllare/ridurre:
 - o peso corporeo e circonferenza vita
 - o introito di NaCl, liquidi da tutte le fonti, alcool
 - o valori pressori
 - o assetto lipidico (colesterolo HDL e LDL, trigliceridi)
 - o glicemia ed emoglobina glicata nel diabete
 - o prevenzione/trattamento della malnutrizione (clinica o subclinica)

CRITERI PER LA RICHIESTA DI CONSULENZA DIETISTICA

PAZIENTI RICOVERATI

TIPO DI PAZIENTE	PROVVEDIMENTI
<p>PAZIENTE SCOMPENSATO. ASSENZA DI ULTERIORI CRITICITA' E/O COMORBIDITA'</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usare (se opportuno) una delle diete standardizzate (dietetico ospedaliero) a disposizione delle SOS – es.: iposodica, ipocalorica <u>entro 24 ore dal ricovero</u> ✓ Richiesta di consulenza dietistica per avvio percorso educativo e predisposizione di dieta per domicilio – <u>entro 48-72 ore dal ricovero</u>
<p>PAZIENTE SCOMPENSATO. PRESENZA DI COMORBIDITA' E/O ANCHE SOLO DI UNO DEI SEGUENTI ELEMENTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> → indice di massa corporeo <20 (medio rischio nutrizionale), calcolabile come segue: <ul style="list-style-type: none"> - kg:m:m oppure con una misurazione accertata della circonferenza del braccio inferiore a 23,5 cm¹ → perdita involontaria di peso negli ultimi 3-6 mesi (una perdita tra il 5 e il 10% = medio rischio nutrizionale; se > al 10% = alto rischio nutrizionale); → probabile impossibilità ad alimentarsi adeguatamente per i successivi 5 giorni. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Richiesta di consulenza dietistica – <u>entro 24-48 ore dal ricovero</u> <p>Verrà garantito intervento nutrizionale individualizzato e, se nel caso l'avvio del percorso educativo e la predisposizione di dieta per domicilio</p>

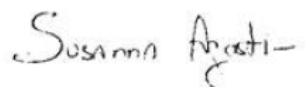
¹ MUST Explanatory booklet – www.bapen.org.uk

PDTA del paziente con Scompenso cardiaco (Area goriziana) - allegati

INDICATORI – SCOMPENSO OSPEDALE

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	PERIODICITA'	STANDARD
Indicatore di processo	% pazienti scompensati ricoverati, senza comorbidità/malnutrizione, trattati con dieta standardizzata del dietetico ospedaliero.	Annuale	>80%
Indicatore di processo	% pazienti scompensati ricoverati, con comorbidità/malnutrizione, per i quali è stata richiesta la consulenza del dietista.	Annuale	>80%
Indicatore di processo	% cartelle cliniche in cui è documentato l'intervento del dietista	Annuale	100%
Indicatore di esito	% pazienti trattati con intervento del dietista che non ha perso peso durante la degenza	Annuale	>80%

Referente Aziendale del Servizio di Dietetica
Susanna Agostini – tel. 0481/592312



BIBLIOGRAFIA

1. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 – Eur Heart J. (2012) 33, 1787-1847 <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/14/1787.full.pdf>
2. Quiles J, Miralles-Vicedo B. Secondary Prevention Strategies for Acute Coronary Syndrome. Rev Esp Cardiol. 2014 Jul 23; pii: S0300-8932(14)00312-1.
3. Marloes Lammers, Lucy Kok. Cost-benefit analysis of dietary treatment Amsterdam. English summary. 16 October 2012 - Commissioned by The Dutch Association of Dietitian - http://www.vdd.de/fileadmin/downloads/VDD_Downloads_Richtlinien/English_summary.pdf
4. National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand (Chronic Heart Failure Guidelines Expert Writing Panel). Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia. Updated October 2011. http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/Chronic_Heart_Failure_Guidelines_2011.pdf.
6. Dietary advice for coronary heart disease. Staff information guide on diet recommendations. NHS Scotland. October 2013 - <http://www.nhsgoldenjubilee.co.uk/files/4713/4978/2557/GJHD008.pdf>
7. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2012 Jul;33(13):1635-701.
8. American Dietetic Association. Disorders of lipid metabolism. Evidence-based nutrition practice guideline. Chicago (IL): American Dietetic Association 2011. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=32479&search=Nutritional+supplement>.
9. Griffo R, Ambrosetti M, Furgi G, et al. Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Standards and outcome measures in cardiovascular rehabilitation. Position paper GICR/IACPR. Monaldi Arch Chest Dis. 2012;78(4):166-92.
10. European Heart Network (EHN). Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011. <http://www.ehnheart.org/publications/publications/publication/521-diet-physical-activity-and-cardiovascular-disease-prevention.html>.
11. da Vico L, Biffi B, Masini ML, Fattiroli F. Percorso di assistenza nutrizionale in riabilitazione cardiologica. Monaldi Arch Chest Dis 2007; 68:103-109.
12. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Post Myocardial Infarction: Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2013 November <http://www.nice.org.uk/guidance/cg172/resources/guidance-mi-secondary-prevention-pdf>.
13. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari - PNLG Istituto Superiore di Sanità, 2005; 64-66. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_cardiologia_riabilitativa.pdf.
14. Van Horn L, McCain M, Kris-Etherton PM, et al. The evidence for dietary prevention and treatment of cardiovascular disease. J Am Diet Assoc. 2008 Feb;108(2):287-331. Review.
15. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation 2010;121:750-758.

VERSIONE 17/9/2014 – Agostini Susanna

PDTA del paziente con Scopenso cardiaco (Area goriziana) - allegati

16. New Zealand Guidelines Group, Heart Foundation, Best practice evidence-based guidelines - Cardiac Rehabilitation. August 2002. http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/cardiac_rehabilitation.pdf
17. Arcand JA, A Brazel S, Joliffe C. Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet: a randomized trial. – Am. Heart J. 2005 Oct;150(4):716.
18. Jonnalagadda SS. Dietary counseling is an important component of cardiac rehabilitation. J Am Diet Assoc 2005;105:1529-1531.
19. Cavallaro V, Dwyer J, Houser RF, et al. Influence of dietitian presence on outpatient cardiac rehabilitation nutrition services. J Am Diet Assoc 2004; 104: 611-614.
20. Holmes AL, Sanderson B, Maisiak R, Brown A, Bittner V. Dietitian services are associated with improved patient outcomes and the MEDICTS dietary assessment questionnaire is a suitable outcome measure in cardiac rehabilitation. J Am Diet Assoc 2005;105: 1533-1540.
21. Kuenheman, Saulsbury D, Splett P, Chapman DB. Demonstrating the impact of nutrition intervention in a heart failure program. J. Am. Diet. Ass. december 2002;102(12):1790-4.
22. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 2000.
23. Gray EG, Gray LK. Evidence-based medicine: applications in dietetic practice. J Am Diet Assoc. 2002; 102:1263-1272.
24. Nutrition Recommendations for Cardiac Rehabilitation 2002. National Heart Foundation Australia. August 2002. http://www.heartfoundation.org.au/document/NHF/Nut_in_cardiac_rehab_2002.pdf
25. Risk Estimation and the Prevention of Cardiovascular Disease. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007. - <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign97.pdf>.
26. National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand. Reducing Risk in Heart Disease 2007. Guidelines for preventing cardiovascular events in people with coronary heart disease. http://www.heartfoundation.org.au/document/NHF/ReducingRisk_HeartDisease_FullGuide_2007.pdf.
27. American Heart Association Nutrition Committee, Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation. 2006 Jul 4;114(1):82-96. Epub 2006 Jun 19. Erratum in: Circulation. 2006 Dec 5;114(23):e629. Circulation. 2006 Jul 4;114(1):e27.
28. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Cardiac Rehabilitation. A national clinic guideline - January 2002.
29. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign57.pdf>.
30. Mark AW, Ades PA, Hamm LF, et al. Clinical evidence for a health benefit from cardiac rehabilitation: An update. Am Heart J 2006; 152: 835-841.
31. Sikand G, Kashyap MI, Wong ND, Hsu JC. Dietitian intervention improves lipid values in men with combined hyperlipidemia and a history of niacin noncompliance. J Am Diet Assoc 2000;100:218-224.
32. Work Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group 1998. Adopted by the Coordinating Committee of the three WHO Collaborating Centres (see list, pag VII), october 1996. www.euro.who.int/document/e63674.pdf
33. Quaderni del Ministero della Salute. La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Roma, RM: Ministero della salute, 2011. <http://www.quadernidellasalute.it/download/download/8-marzo-aprile-2011-quaderno.pdf>.
34. Lacey K, Pritchett E. Nutrition care process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. J Am Diet Assoc. 2003 Aug;103(8):1061-72. Erratum in: J Am Diet Assoc. 2003 Oct;103(10):1293.
35. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part I: The 2008 update. J Am Diet Assoc 2008, Jul;108:1113-7.
36. Manuale ANDID (Associazione Nazionale Dietisti). International Dietetics and Nutrition Terminology : Un linguaggio condiviso per la pratica professionale. Rubiera (RE): ANDID, 2014
37. International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual: Standardized Language for the Nutrition Care Process. Academy of Nutrition and Dietetics, 2013.
38. Masini ML, Bedogni G, Cecchetto G. Il processo assistenziale della nutrizione in ospedale. Roma, RM: SEU, 2011.
39. da Vico L, Biffi B, Agostini S, et al. Validazione della versione italiana del questionario di Moynihan sulle conoscenze alimentari. Monaldi Arch Chest Dis 2010; 74: 140-146.
40. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). BAPEN 2003. www.bapen.org.uk
41. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003 Jun;22(3):321-36.

VERSIONE 17/9/2014 – Agostini Susanna

