

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

Gruppo di lavoro

Laura Massa - Cardiologia (AOUTs) - Coordinatrice
Doriano Battigelli - Medicina Generale (ASS1)
Giacomo Benedetti - Distretto 2 (ASS1)
Dario Bianchini - Prima Medica (AOUTs)
Andrea Di Lenarda - Centro Cardiovascolare (ASS1)
Raffaella Fonda - Servizio Infermieristico Domiciliare (ASS1)
Franco Humar - Centro Cardiovascolare (ASS1)
Cristina Montesi - Distretto 3 (ASS1)
Donatella Radini - Centro Cardiovascolare (ASS1)
Gianfranco Sinagra - Dipartimento Cardiovascolare (AOUTs)

Ultima revisione

30 giugno 2014

PREMESSA

Lo Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) rappresenta l'esito ultimo di ogni cardiopatia primitiva o secondaria; nei paesi industrializzati si caratterizza per una prevalenza del 2-3% che aumenta esponenzialmente con l'età (età media dei ricoverati in Italia: 77 anni). Lo SCC ha un'elevata mortalità a 5 anni (>50% dei casi) e determina importanti ricadute in termini di qualità di vita dei pazienti affetti, frequenza di ospedalizzazione, costi economici (circa il 2% della spesa sanitaria europea). Nel solo anno 2007 lo SCC nel Friuli Venezia Giulia ha determinato oltre 6.000 ricoveri ospedalieri a fronte di una popolazione complessiva di 1.212.602 abitanti.

Nel caso dello SCC, come in tutti i modelli organizzativi ed assistenziali riguardanti il paziente con patologia cronica, una corretta gestione intra ed extra-ospedaliera è indispensabile per far fronte alla elevata domanda sanitaria e richiede una sinergia di azioni multiprofessionali integrate fra la rete dei servizi territoriali e le strutture ospedaliere.

Viene così evitata l'eccessiva frammentazione organizzativa fra i singoli momenti dell'assistenza, tra le diverse fasi di malattia e fra le molteplici strutture e figure professionali coinvolte (reparti ospedalieri, specialisti Cardiologi, Medici e Infermieri di Distretto, Medici di Medicina Generale (MMG), strutture sanitarie residenziali, Assistenti sociali).

Secondo le Linee Guida sullo SCC della Società Europea di Cardiologia un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con SCC migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni (Classe I, livello di evidenza A) e la mortalità (Classe IIa, livello di evidenza B).

Le stesse Linee Guida puntualizzano che "il modello ottimale di assistenza dipende dalle singole realtà locali, dalle risorse disponibili e dal fatto che il modello di assistenza sia concepito per specifici sottogruppi di pazienti (ad esempio gravità dello scompenso, età, comorbidità) o per l'intera popolazione affetta da SCC (Classe I, livello di evidenza C)".

Obiettivi

Obiettivi del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) del paziente con SCC sono ritardare la progressione della cardiopatia, prevenire le riacutizzazioni ed i ricoveri ospedalieri, migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure, l'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci e l'accessibilità ai servizi, garantire assistenza specifica al paziente con cardiopatia complessa, con polipatologie ed all'anziano fragile e di tipo palliativo nelle fasi avanzate e/o terminali della malattia.

Modello gestionale di riferimento

Il modello di cura per il paziente con SCC si basa sulla rete integrata multidisciplinare e multiprofessionale con ambulatori dedicati alla presa in carico (Ambulatori del Cardiopatico Cronico e/o Scompenso) e con PDTA condivisi tra ospedale e territorio e all'interno della stessa rete territoriale, ciò a garanzia della continuità assistenziale del paziente tra le fasi di stabilità clinica e le frequenti riacutizzazioni.

La rete territoriale è composta da 205 Medici di Medicina Generale e dai Medici del Servizio di Continuità Assistenziale, da 4 Distretti Sanitari (DS), 3 Dipartimenti (Salute Mentale, Dipendenze, Prevenzione), 2 Centri Specialistici (Cardiovascolare e Oncologico), il Sistema

118; inoltre si avvale di 4 Centri Diabetologici Distrettuali, 4 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e 1 Hospice.

La presa in carico del paziente con SC nel territorio è, di regola, compito del MMG, con la collaborazione degli altri operatori sanitari coinvolti, nell'ambito di Team multidisciplinari e multiprofessionali, secondo il loro ruolo e responsabilità, con il fine ultimo della migliore qualità di cura.

La Continuità Assistenziale rappresenta uno strumento fondamentale complementare di integrazione ospedale-territorio, per garantire la presa in carico territoriale fin dalla fase di ospedalizzazione dei pazienti che necessiteranno di una dimissione protetta e/o di una assistenza domiciliare integrata, con l'obiettivo di ridurre il numero delle re-ospedalizzazioni e con una particolare attenzione, oltre agli aspetti clinico-assistenziali, alle problematiche socio-assistenziali ed a quelle legate alle cure palliative nei pazienti terminali.

Il servizio infermieristico (ambulatoriale e domiciliare) si propone di migliorare la qualità di vita dei pazienti, garantendo cure adeguate ambulatoriali o a domicilio, nella logica della continuità terapeutica ed assistenziale e coerentemente con i bisogni del paziente, accertati tramite una valutazione tecnica multidimensionale. La presa in carico da parte del Servizio Infermieristico avviene secondo il modello della gestione del caso con CASE Management. Per tutti i nodi della rete (reparti ospedalieri, servizi distrettuali, RSA) è essenziale attivare nel più breve tempo possibile gli strumenti informatici che rendano possibile una registrazione rigorosa e sistematica ed una visualizzazione in tempo reale su G3 di tutti i processi attivati ed interventi eseguiti. Questa è una condizione essenziale per tutte le figure e ruoli partecipanti al PDTA ed il suo buon funzionamento. Per la Medicina Generale è auspicabile che ciò possa avvenire nel prossimo futuro, ma sarebbe fondamentale al momento almeno che il paziente disponesse del programma terapeutico scritto (farmaci, posologia, modifiche terapeutiche, indicazioni specifiche) ad ogni visita da parte del curante.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LO SCOPPIO CARDIACO

Si individuano diverse modalità (non necessariamente esclusive tra loro) di gestione del paziente con scoppio cardiaco (SC):

- Necessità di ricovero ospedaliero:
 - o Necessità di ricovero ospedaliero urgente
 - In Cardiologia (UTIC o Degenza cardiologica)
 - In Reparto Internistico/Medicina d'Urgenza
 - o Indicazione a ricovero ospedaliero in Degenza Cardiologica/Reparto Internistico prioritario (entro 24 - 72 ore)
 - o Indicazione a ricovero ospedaliero in Degenza Cardiologica/Reparto Internistico elettivo
- Dimissione
 - o Indicazione a dimissione a domicilio con attivazione di programma riabilitativo

PDTA del paziente con Scopenso cardiaco (Area triestina)

- Indicazione a dimissione/trasferimento presso Struttura Riabilitativa degenziale
- Indicazione a dimissione protetta in RSA
- Indicazione a dimissione a domicilio con attivazione di presa in carico dalla Cardiologia Territoriale
- Indicazione a dimissione a domicilio con presa in carico da parte del MMG e/o attivazione del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
- Necessità di controllo clinico/presa in carico nel paziente deospedalizzato
 - Necessità di visita cardiologica urgente/prioritaria (ambulatoriale, domiciliare o in RSA)
 - Indicazione a cure palliative nei pazienti terminali

MODALITÀ PER RICOVERO OSPEDALIERO

Il paziente con SC può giungere al ricovero ospedaliero urgente con diverse modalità:

- Chiamata del 118 -> trasporto in PS
- Arrivo in PS con mezzi propri
- Invio in PS da parte di MMG, Cardiologo territoriale, altro Specialista territoriale o altro Medico dei Servizi Distrettuali che rilevano segni e sintomi di SC
- Invio in Cardiologia (UTIC o Degenza in base a quadro clinico) da parte del Cardiologo territoriale previ accordi telefonici diretti con il Cardiologo Ospedaliero (inserire la relazione della visita effettuata nel Visualizzatore Referti del G3, in modo da poter essere consultabili dagli specialisti interessati direttamente nel PDTA del paziente, previo rilascio del consenso al trattamento dei suoi dati personali espresso dal paziente).

Tenere sempre presente in caso di paziente con instabilità non severa la possibilità da parte del MMG/Personale Medico Distrettuale il percorso della visita urgente/prioritaria cardiologica territoriale.

PERCORSO IN PRONTO SOCCORSO

Il Paziente con segni e/o sintomi di SC acuto o riacutizzato che arriva in PS viene valutato dal Medico Astante previo triage eseguito secondo protocolli interni.

In base alla severità del quadro clinico il Paziente avrà indicazione:

1. ad essere dimesso dal PS, se rapida stabilizzazione clinica con le terapie praticate in PS, assenza di patologie concomitanti che abbiano contribuito a riacutizzare uno SCC e con indicazione a presa in carico da parte del MMG o della Cardiologia Territoriale. Il percorso di ripresa in carico clinico-assistenziale territoriale è supportato dalla segnalazione, mediante apposita scheda (Allegato 1), da parte dell'Infermiere di Continuità Assistenziale, presente in PS, al Distretto di competenza per attivazione SID, RSA, e/o altri percorsi (Allegato 2)
2. ad essere ricoverato (in Cardiologia o in Reparto Internistico/Medicina d'Urgenza)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" garantisce il ricovero ai pazienti affetti da SCC che, per gravità, complessità o intensità, non possono essere assistiti nell'ambito dei servizi territoriali. Di seguito vengono identificati e descritti i processi di accettazione e di accoglienza dei pazienti con SCC che si rivolgono all'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

INDICAZIONE A STABILIZZAZIONE IN PS E RAPIDA DIMISSIONE A DOMICILIO

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 e, una volta stabilizzato, dimesso a domicilio con indicazione a ripresa in carico da parte:

- del MMG

e/o

- del SID (attivo H 12, 7/7 giorni e con reperibilità notturna)

e/o

- attivazione di controllo prioritario con Cardiologo Territoriale entro 24 – 72 ore (telefonare al n° di cellulare dedicato 3483969990 dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì o attivare l'Ambulatorio Scompenso Cardiaco Avanzato (ASCA) per visita entro 30 giorni telefonando direttamente al n° di cellulare dedicato 3666259079 dalle ore 12 alle ore 15:30 dal lunedì al venerdì + inviare via fax al n° 0403992935 la relazione di dimissione dal PS comprensiva dei parametri vitali e dei risultati degli esami eseguiti).

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
4. **Ridotta compliance** alla terapia farmacologica o stile di vita che possano aver favorito l'instabilizzazione clinica.

INDICAZIONE A RICOVERO URGENTE IN CARDIOLOGIA

Criteri di accesso in UTIC

In generale l'accesso all'UTIC è garantito ai Pazienti con profilo di comorbidità non proibitivo per i quali terapie infusionali aggressive, supporti meccanici al circolo, monitoraggio

emodinamico, definizione diagnostica invasiva o potenziali percorsi interventistici o chirurgici siano prevedibili e rappresentino un significativo valore aggiunto.

Si riportano di seguito le patologie che danno accesso al ricovero presso questa struttura di emergenza:

- **SHOCK CARDIOGENO:**
pazienti candidati a terapia aggressiva con inotropi, supporti meccanici e/o rivascolarizzazione
- **SCOMPENSO CARDIACO ACUTO - EDEMA POLMONARE ACUTO:**
pazienti nei quali vi è il consistente sospetto di una sindrome coronarica acuta associata allo SC o per i quali siano prevedibili presidi di monitoraggio o diagnostici invasivi, supporti meccanici, terapie percutanee o farmacologiche aggressive o ultrafiltrazione
- **SCOMPENSO CARDIACO CRONICO INSTABILIZZATO:**
pazienti con quadro di edema polmonare acuto o bassa portata, bradi o tachiaritmie maggiori intercorrenti, ischemia intercorrente o danno d'organo epato-renale che abbiano margini di intensificazione di cure o siano nel percorso di definizione diagnostica invasiva, supporti meccanici, interventi cardiocirurgici o trapianto cardiaco
- **ENDOCARDITI:**
stati settici in corso di endocardite o stati settici favorenti/associati a scompenso cardiaco, che necessitino di isolamento o politerapia antibiotica.

Criteri di accesso in degenza cardiologica

Si riportano di seguito le caratteristiche del paziente con SC che danno accesso al ricovero presso la degenza cardiologica in regime di urgenza:

- **SCOMPENSO CARDIACO:**
con profilo di comorbidità non proibitivo, necessità di monitoraggio telemetrico e terapie infusionali che non presentino necessità di presidi di monitoraggio intensivo o supporti avanzati
- **PATOLOGIE DEL PERI-MIOCARDIO ED ENDOCARDITI:**
ad eziopatogenesi non definita con indicatori di instabilità emodinamica documentata o potenziale instabilità elettrica o meccanica.

In assenza di posti letto UTIC è ammessa la possibilità di transito breve dalla Degenza prima dell'accoglimento in UTIC di pazienti in programma di monitoraggio invasivo ed intensivo, supporti farmacologici avanzati, supporti meccanici o elettrici, definizione diagnostica invasiva ed eventuale rivascolarizzazione o cardiocirurgia.

Criteri di trasferimento dall'UTIC alla degenza cardiologica

- o controllo dell'instabilità di tipo ischemico, emodinamico o aritmico
- o avanzata fase di riduzione della terapia con vasodilatatori e/o inotropi

Criteri di trasferimento dalla Cardiologia al reparto internistico

- o dopo raggiungimento di adeguata stabilizzazione ischemica, emodinamica e/o aritmica, ma presenza di problematiche attive di tipo internistico che non permettono

la dimissione.

INDICAZIONE A RICOVERO URGENTE IN REPARTI INTERNISTICI

I pazienti con SC (primo episodio o riacutizzazione) che accedono al Pronto Soccorso, ma non presentano le caratteristiche descritte sopra (cioè pazienti che non necessitano di approfondimento diagnostico invasivo perché casi già approfonditi senza altri margini o per comorbidità proibitive), con indicazione ad ospedalizzazione, hanno indicazione a ricovero in Reparto di Medicina o Medicina d'Urgenza (se necessità di breve monitoraggio) per stabilizzazione emodinamica e ripuntualizzazione terapeutica. Rimane fermo, indipendentemente da dove il paziente viene ricoverato, il principio di gestione integrata multidisciplinare, con reciproco supporto di cardiologi ed internisti.

Criteri di trasferimento da reparti internistici alla Cardiologia

Se, durante la degenza in Reparto Internistico, si riscontrano:

- patologia ischemica attiva
- valvulopatia significativa
- persistente e rilevante impegno emodinamico malgrado la terapia standard eseguita
- problematica aritmica con necessità di monitoraggio o terapia specifica con indicazioni ad approfondimento diagnostico cardiologico invasivo.

INDICAZIONE A RICOVERO PRIORITARIO (ENTRO 24 - 72 ORE) IN DEGENZA CARDIOLOGICA

Il paziente viene segnalato telefonicamente al Cardiologo Ospedaliero direttamente dal Cardiologo Territoriale che, dopo valutazione clinica, ritiene indicato il ricovero che non presenta i caratteri dell'urgenza, ma che richiede la necessità di cure ospedaliere in tempi brevi. Le caratteristiche del paziente con SCC che accede alla Degenza di Cardiologia sono le stesse indicate per il ricovero urgente.

INDICAZIONE A RICOVERO PROGRAMMATO IN DEGENZA CARDIOLOGICA

Per eseguire procedure invasive nei pazienti con SC:

- cateterismo destro (casi selezionati come candidati a trapianto con programma di ulteriori esami o procedure; usualmente gestito in DH se indicato solo questo esame)
- coronarografia se ritenuto indicato escludere la presenza di una coronaropatia come causa o concausa di scompenso cardiaco
- biopsia endomiocardica
- valvuloplastica
- impianto percutaneo di protesi o clip valvolare
- posizionamento di "port a cath" in pazienti clinicamente instabili o con gestione complessa della terapia anticoagulante e/o associata a necessità di terapie farmacologiche infusionali.

INDICAZIONE A RICOVERO IN REGIME DI DAY HOSPITAL IN DEGENZA CARDIOLOGICA

Si riportano di seguito le patologie che danno accesso al ricovero in regime di DH presso la Degenza Cardiologica:

- cateterismo destro
- gestione di casi selezionati di pazienti con “port a cath”
- trattamento infusionale periodico con amine ev, diuretici ev o vasodilatatori in pazienti con scompenso cardiaco cronico o con cardiopatie a rischio
- inquadramento diagnostico-terapeutico di cardiopatie “complesse” in pazienti clinicamente “a rischio”, che implichi l’effettuazione di multiple consulenze multidisciplinari di inquadramento o l’esecuzione di test a rischio (test ergospirometrico massimale in Pazienti candidati a trapianto cardiaco, test da sforzo in Cardiomiopatia Ipertrofica Ostruttiva con gradiente emodinamicamente rilevante, test di induzione di ischemia in pazienti con accertata anatomia coronarica a rischio).

In dimissione al paziente è consegnata una *Lettera di Dimissione* che contiene:

- generalità del paziente
- data di ricovero e di dimissione
- motivo del ricovero
- stato clinico al momento del ricovero e in dimissione con peso corporeo
- esami strumentali eseguiti
- rilevanti esami bioumorali eseguiti con indicazione di BNP, funzionalità renale, ionemia, emocromo
- conclusioni diagnostiche
- consigli igienico-dietetico-comportamentali
- terapia consigliata in dimissione
- eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici da eseguire in prosecuzione di ricovero (entro 21 giorni dalla dimissione) o ambulatorialmente
- eventuali programmi riabilitativi consigliati
- in base al tipo di continuità assistenziale indicata per il singolo paziente:
 - o data ed ora del successivo controllo presso l’Ambulatorio Malattie del Miocardio e Scompenso Cardiaco di AOOTS

oppure

- o indicazione di presa in carico dall’Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco Avanzato (ASCA) territoriale e/o Ambulatori del Cardiopatico Cronico dedicati del CCV

oppure

- o indicazione di ri-presa in carico dal MMG e/o dal SID

oppure

- o trasferimento protetto in RSA

La lettera di dimissione dai Reparti di Cardiologia e Internistici di AOOTS vengono inseriti

nel Visualizzatore Referti del G3 in modo da poter essere consultabili dagli specialisti interessati direttamente nel PDTA del paziente, previo rilascio del consenso al trattamento dei suoi dati personali espresso dal paziente.

CRITERI DI DIMISSIONE/TRASFERIMENTO PRESSO STRUTTURA RIABILITATIVA DEGENZIALE

Si rivolge a casi particolari di pazienti con scompenso cardiaco ed indicazione a riabilitazione cardiologica che abbiano raggiunto una stabilità tale da permettere il trattamento riabilitativo, ma che potrebbero manifestare ancora una potenziale instabilità clinica che richieda disponibilità immediata di prestazioni diagnostico-terapeutiche.

Il programma riabilitativo è parte del percorso di cura iniziato durante la degenza.

L'obiettivo è di migliorare le condizioni motorie generali, ridurre le limitazioni alla vita quotidiana, sviluppare le potenzialità residue, prevenire il decondizionamento muscolare.

Alla presa in carico i fisioterapisti svolgeranno una valutazione funzionale del paziente finalizzata alla definizione degli obiettivi e del programma riabilitativo, che sarà concordato tra specialista cardiologo, personale infermieristico e fisioterapisti.

Modalità, durata, frequenza ed intensità del training fisico saranno coerenti con la capacità funzionale del soggetto e seguiranno sempre modalità progressive e sicure per il raggiungimento degli obiettivi predefiniti nei tempi prefissati.

La richiesta di trasferimento presso la Struttura Riabilitativa degenziale viene eseguita dal Cardiologo Ospedaliero, al raggiungimento della stabilità clinica del paziente, mediante apposito modulo (indicando la patologia principale, le comorbidità associate e il programma riabilitativo richiesto) (Allegato 3). Il paziente verrà trasferito direttamente dall'Ospedale mediante trasporto protetto in ambulanza appena disponibilità del posto letto in Riabilitazione.

In genere il programma riabilitativo degenziale si conclude nell'arco di 7-10 giorni dopo la dimissione dall'Ospedale con la presa in carico, se vi è indicazione a proseguire il programma riabilitativo, da parte della Riabilitazione del Cardiopatico Ambulatoriale di A-OUTS oppure con trasferimento in RSA, oppure con presa in carico da parte della Cardiologia Territoriale di ASS1 o del MMG e/o con attivazione della Continuità Assistenziale.

La presa in carico da parte della Riabilitazione del Cardiopatico e/o da parte della Cardiologia Territoriale di ASS1 avviene mediante segnalazione via fax con lettera di dimissione.

La richiesta di Continuità Assistenziale avviene mediante apposito modulo (*Allegato 1*).

CRITERI DI RIFERIMENTO ALLA RIABILITAZIONE DEL CARDIOPATICO DI AOUTS

Si rivolge a casi particolari di pazienti con scompenso cardiaco ed indicazione a riabilitazione cardiologica per migliorare le condizioni motorie generali, ridurre le limitazioni alla vita quotidiana, sviluppare le potenzialità residue, prevenire il decondizionamento muscolare.

Alla presa in carico i fisioterapisti svolgeranno una valutazione funzionale del paziente finalizzata alla definizione degli obiettivi e del programma riabilitativo, che sarà concordato tra

specialista cardiologo, personale infermieristico e fisioterapisti.

Modalità, durata, frequenza ed intensità del training fisico saranno coerenti con la capacità funzionale del soggetto e seguiranno sempre modalità progressive e sicure per il raggiungimento degli obiettivi predefiniti nei tempi prefissati.

La prenotazione del programma riabilitativo ambulatoriale è parte del percorso di cura iniziato durante la degenza in Cardiologia. La programmazione è a cura del personale della Cardiologia ed eseguita tramite il Gestore Richieste. Il paziente viene preso in carico dopo circa 2 settimane e comunque entro 30 giorni dalla dimissione (il caso in genere viene condiviso preliminarmente tra il Cardiologo Ospedaliero ed il Cardiologo Responsabile della Riabilitazione).

In genere il programma riabilitativo si conclude nel semestre successivo all'evento con la presa in carico da parte dell'Ambulatorio Malattie del Miocardio e Scoppio Cardiaco di AOUSTS (mediante segnalazione telefonica) o da parte del CCV.

La segnalazione di presa in carico per il CCV viene effettuata mediante richiamo automatico dei pazienti estratti dal repository cardiologico/Business Object (la richiesta al CCV di follow-up da parte della Riabilitazione del Cardiopatico viene inserita in Cardionet).

CRITERI DI RIFERIMENTO ALL'AMBULATORIO MALATTIE DEL MUSCOLO CARDIACO E SCOPPIO CARDIACO DI AOUSTS

Si rivolge a pazienti, spesso ad elevata complessità, con sospetta o accertata malattia del muscolo cardiaco o con scoppio cardiaco con labilità emodinamica, allo scopo di eseguire o completare l'inquadramento diagnostico-terapeutico:

- programma ed esegue follow up periodici degli stessi pazienti
- esegue l'inquadramento diagnostico-strumentale e il follow up dei pazienti candidati a clip mitralica
- esegue screening nelle famiglie di pazienti con Cardiomiopatie geneticamente determinate
- esegue il follow up di pazienti cardiopiantati e residenti a Trieste, in collaborazione con il Centro Trapianti di riferimento

La prenotazione della visita cardiologica viene fatta direttamente dalla SC di Cardiologia (le segnalazioni dei pazienti da prendere in carico possono provenire sia dal Cardiologo Ospedaliero di AOUSTS alla dimissione del paziente, sia da Cardiologi di altre strutture della regione FVG o extra-regione) e gli appuntamenti per l'erogazione delle prestazioni vengono dati secondo criteri di priorità clinica (classe NYHA, valori di FEVS, quadro aritmico, pianificazione di procedure invasive) e secondo la tempistica prevista per le singole tipologie (controlli clinici programmati a distanza o comunque entro 30 giorni dalla dimissione se paziente ricoverato in ospedale).

DOCUMENTAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESEGUITE PRESSO L'AMBULATORIO MALATTIE DEL MIOCARDIO E SCOPPIO CARDIACO E PRESSO LA RIABILITAZIONE DEL CARDIOPATICO DI AOUTS

In tutti i casi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, al paziente è consegnato un referto che contiene:

- Generalità del paziente
- Data di esecuzione della prestazione
- Valutazione del paziente
- Sintetica descrizione del problema esposto e dei dati clinici salienti
- Conclusioni diagnostiche di certezza o di sospetto
- Accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi consigliati
- Data ed ora del successivo controllo.

Il referto può essere consegnato direttamente al paziente dopo l'esecuzione della prestazione. Se non immediatamente disponibile viene inviato a domicilio tramite posta ordinaria o inviato al CUP che lo consegna al momento del pagamento del ticket.

I referti delle prestazioni eseguite presso l'Ambulatorio Malattie del Miocardio e Scoppio Cardiaco e presso la Riabilitazione del Cardiopatico vengono redatti con la cartella ambulatoriale informatizzata Cardionet ed inseriti nel Visualizzatore Referti del G3 in modo da poter essere consultabili dagli specialisti interessati direttamente nel PDTA del paziente, previo rilascio del consenso al trattamento dei suoi dati personali espresso dal paziente.

Il referto può essere consegnato direttamente al paziente dopo l'esecuzione della prestazione. Se non immediatamente disponibile viene inviato a domicilio tramite posta ordinaria o inviato al CUP che lo consegna al momento del pagamento del ticket.

I referti delle prestazioni eseguite presso l'Ambulatorio Scoppio Cardiaco e Malattie del Miocardio e Cardiomiopatie, Ambulatorio Aritmie, Ambulatorio Angioplastiche e TAVI, Ambulatorio Pervietà del forame ovale, Riabilitazione del Cardiopatico, Ecocardiografia, Elettrocardiografia vengono redatti con la cartella ambulatoriale informatizzata Cardionet ed inseriti nel Visualizzatore Referti del G3.

INDICAZIONE A DIMISSIONE PROTETTA IN RSA SAN GIUSTO¹ O A RICOVERO IN ALTRE RSA

Nell'ambito del PDTA per il paziente anziano con specifiche patologie cardiovascolari severe e complesse ed in particolare con SCC avanzato, emerge l'utilità, alla dimissione dalle strutture ospedaliere o riabilitative, di accoglierlo presso una struttura intermedia territoriale (nel caso specifico identificata con una RSA).

Percorsi in entrata:

- **Percorso 1:** Pazienti anziani con SCC in cardiopatia complessa ricoverati in ambiente medico/cardiologico ospedaliero con necessità di una dimissione protetta per specifici

¹ Cfr. *Allegato 4*.

motivi di continuità terapeutica-assistenziale;

- **Percorso 2:** pazienti anziani con SCC avanzato/terminale in dimissione da AOUTS o seguiti in home care con necessità di presa in carico territoriale continuativa ad alta intensità assistenziale e/o supporto inotropo e/o assistenza palliativa;
- **Percorso 3:** pazienti anziani fragili con instabilizzazione cardiovascolare a basso rischio degenti in strutture territoriali o domiciliarizzati ed in cui non sia appropriato un ricovero ospedaliero per basso valore aggiunto e/o perché già eseguito;
- **Percorso 4:** pazienti che hanno completato il percorso riabilitativo cardiologico degenziale, ma con necessità di prolungamento del monitoraggio/stabilizzazione CV in ambiente protetto.

Obiettivi del ricovero in RSA:

- Stabilizzazione terapeutica (trattamento ev/os/sc, titolazione farmaci)
- Monitoraggio clinico (su indicatori a basso grado di complessità, clinici, bioumorali e strumentali)
- Completamento ciclo riabilitativo
- Riattivazione/mobilizzazione, pratiche antidecubito
- Assistenza dignitosa alla fase terminale della vita (indicazioni su ACR/accanimento)

Contestualmente al ricovero in RSA deve essere fatta comunicazione alla Cardiologia territoriale (telefonica, mediante invio della lettera di dimissione/modulo di dimissione protetta per fax/mail) del percorso attivato per organizzare se indicato un accesso cardiologico nei successivi 30 giorni (o comunque entro il periodo presumibile di degenza in RSA).

INDICAZIONE A DIMISSIONE A DOMICILIO CON ATTIVAZIONE DI PRESA IN CARICO DALLA CARDIOLOGIA TERRITORIALE

I pazienti con SCC che hanno concluso l'iter diagnostico-terapeutico ospedaliero vengono segnalati al Centro Cardiovascolare ed avviati in base alle caratteristiche cliniche:

- all'Ambulatorio del Cardiopatico Cronico (ACC) e presi in carico dal Cardiologo referente che già li aveva in cura (se già noti al CCV) con la tempistica di controllo decisa dal Medico del reparto e indicata nella lettera di dimissione
- i pazienti anziani, in classe funzionale NYHA 3 – 4, con multiple comorbidity, fragilità per età, condizione psico-sociale, ricoveri ripetuti e problemi di gestione della terapia domiciliare o indicazione ad un programma assistenziale di cure palliative vengono presi in carico dall'Ambulatorio dello Scopenso Cardiaco Avanzato (ASCA).

Nei casi in cui il Medico ospedaliero ritenga utile un controllo ravvicinato (<30 giorni) segnala il paziente telefonicamente al Medico Reperibile del CCV (cell. 348 3969990 dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20) e mediante invio di fax (040 3992935) alla Segreteria del CCV.

Organizzazione Follow-up al Centro Cardiovascolare

La tempistica dei controlli successivi, del paziente con scopenso cardiaco che afferrisce all'ACC, fa riferimento al protocollo interno del CCV.

Il timing dei controlli dipende dalla valutazione poli-parametrica del paziente: clinica, sintomatologica, strumentale e può andare da controlli con cadenza mensile, annuale o ogni 2 anni a seconda della gravità del quadro.

In generale la tempistica dei controlli all'ACC sono:

- Scopenso cardiaco lieve e stabile senza problematiche attive: invio al MMG, follow-up a 24 mesi
- Scopenso cardiaco con disfunzione/valvulopatia moderata, stabile in terapia ottimizzata, senza programma interventistico o chirurgico a breve termine → follow-up a 12 mesi
- In presenza di cardiopatia complessa e/o disfunzione severa, terapia non ottimizzata, frequenti instabilizzazioni, o previsione di intervento cardiocirurgico o interventistico a breve il timing dei controlli è più ravvicinato.

Nei casi di estrema labilità, problematiche psico-sociali attive, fragilità clinica, il paziente viene riferito per presa in carico all'Ambulatorio dello Scopenso Cardiaco Avanzato ed all'Ambulatorio Infermieristico.

Eventuali controlli anticipati rispetto allo schema, programmati internamente o richiesti dal MMG, possono essere programmati in caso di:

- approfondimento eziologico con necessità di indagini strumentali
- instabilizzazione del quadro clinico e difficile controllo dei sintomi nonostante ottimizzazione della terapia con necessità di frequente aggiustamento terapeutico
- marker strumentali di alto rischio di eventi futuri (ad es. comparsa di dilatazione o disfunzione VS significativa, peggioramento valvulopatia, ecc)
- instabilità elettrica o ischemica.

Il paziente con SCC lieve o pregresso, convincentemente stabile in NYHA I–II e con funzione ventricolare sinistra conservata o lievemente ridotta, senza previsione di nuovi interventi farmacologici, chirurgici o interventistici a breve termine viene affidato per il successivo follow-up al MMG.

Nel 2012 è stato istituito presso il CCV un Ambulatorio Multidisciplinare (cardiologico-internistico) dello SCC Avanzato (ASCA) per la presa in carico dei pazienti con SC avanzato e loro caregivers che necessitano di un percorso specifico e personalizzato con frequenti rivalutazioni e/o monitoraggio intensivo in presenza di classe funzionale NYHA 3-4 e/o con episodi di instabilità clinica e ricoveri ripetuti, grave cardiopatia strutturale con o senza danno multiorgano e/o patologie associate e/o indicazioni ad un programma assistenziale di cure palliative.

Obiettivi dell'ASCA:

- Potenziare l'efficienza della continuità assistenziale ospedale-territorio per i pazienti con SCC dimessi dai reparti di Medicina Interna/Geriatria/Post-acuzie, Pronto Soccorso, per una presa in carico multidisciplinare, multiprofessionale e multidimensionale del malato;

PDTA del paziente con Scopenso cardiaco (Area triestina)

- Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri e le giornate di degenza ospedaliera per riacquizzizzazione di SCC;
- Migliorare la qualità di vita, promuovere il self-care, migliorare l'appropriatezza degli interventi (intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica, ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente), l'aderenza ai programmi terapeutici e non terapeutici;
- Fornire adeguato supporto psico-assistenziale a pazienti e caregivers.

Organizzazione dell'ASCA:

- Presenza di uno o più cardiologi ed infermieri dedicati e un internista;
- Presenza nel team di una psicologa, per valutare/identificare i bisogni psico-assistenziali, migliorare la comunicazione tra i vari attori (cardiologo, internista, infermieri, pazienti, caregivers), approfondire la consapevolezza e rinforzare empowerment ed aderenza ai PDTA.
- Presa in carico precoce e/o dimissione protetta domiciliare o in RSA dei pazienti con SCC avanzato dimessi dalle Strutture Ospedaliere;
- Programmazione di una visita cardiologica entro 30 giorni dalla dimissione attraverso cellulare dedicato e contestuale invio al CCV della lettera di dimissione;
- I controlli infermieristici all'inizio sono paralleli a quelli medici per un intervento specifico di tipo educativo e counselling per il paziente e suoi familiari. I follow-up successivi infermieristici sono intermedi (es. mensili o bimensili) a quelli medici (che permangono tendenzialmente da trimestrali ad annuali secondo la gravità clinica) per puntualizzazione del PDTA;
- Accessi ambulatoriali senza lista d'attesa o domiciliari nei pazienti instabili;
- Possibilità di terapia infusiva continua di inotropi positivi a domicilio o presso RSA, secondo protocollo specifico.

Ambulatorio Infermieristico: ruolo complementare di supporto per triage, intervento educativo, monitoraggio, follow-up telefonico

Triage Infermieristico Ambulatoriale al CCV per:

- a) supportare la reperibilità del cardiologo nella gestione dell'urgenza cardiologica territoriale (segnalazione dal MMG, 118);
- b) sottoporre a monitoraggio telemetrico – strumentale (ECG, bio-impedenziometria, test del cammino dei 6 minuti, ecc.), ematochimico (POC BNP/CK, troponina, mioglobina) quei pazienti in follow-up ambulatoriale (infermieristico e/o cardiologico) che presentino instabilità cliniche minori, attivando le modifiche terapeutiche e i monitoraggi necessari per evitare il ricovero ed il successivo programma di follow-up telefonico e/o clinico in accordo con flow-chart interne con algoritmi comportamentali condivisi tra team medico ed infermieristico.

Ove necessario si attivano i servizi territoriali distrettuali/domiciliari e/o sociali, al fine di rispondere nel modo più completo alle necessità espresse dal paziente e dai suoi familiari.

INDICAZIONE A DIMISSIONE A DOMICILIO CON ATTIVAZIONE MMG/SID

Il MMG è il principale riferimento per il paziente con scompenso cardiaco cronico, per la gestione della sua patologia cardiaca e dei bisogni generali sanitari ed assistenziali.

I pazienti con SCC non avanzato, fattori precipitanti rimossi, assenza di significative problematiche cliniche o socio-assistenziali attive vengono segnalati alla dimissione direttamente al MMG per una presa in carico il prima possibile e comunque entro 5 giorni lavorativi dalla segnalazione (registrazione nella cartella clinica informatizzata del MMG).

Nei pazienti di questa tipologia i compiti del MMG sono:

- 1) seguire nel tempo il paziente stabile e intervenire tempestivamente in caso di peggioramento clinico
- 2) gestire l'assistenza domiciliare o partecipare alla sua gestione nell'ambito di un team multidisciplinare
- 3) informare ed educare il paziente e i care-giver.

Il MMG potrà a sua volta, se appropriato in base alle evidenze emerse, attivare i servizi distrettuali o una nuova consulenza specialistica. In caso di pazienti anziani con polipatologie ad impatto significativo sulla prognosi e sulla terapia del paziente, deficit cognitivo e/o scarsa aderenza il PDTA sarà personalizzato e in carico al MMG con l'eventuale collaborazione del Medico del Distretto (MD). In questi casi l'intervento clinico del cardiologo ha un impatto generalmente basso.

Gli aspetti prioritari dell'attivazione, da parte del MMG, dell'assistenza domiciliare al paziente scompensato sono:

- identificare il care-giver di riferimento
- stabilire le modalità di comunicazione con il care-giver di riferimento, con particolare riguardo alla segnalazione di indizi precoci di possibile peggioramento
- informare/istruire adeguatamente il care-giver di riferimento e le altre persone che contribuiscono all'assistenza
- assicurarsi della possibilità di eseguire gli esami (soprattutto ematochimici) di controllo
- verificare se le condizioni ambientali e di assistenza sono idonee
- attivare i supporti sociali se necessari.

Mediante lo strumento della Continuità Assistenziale Infermieristica Interaziendale attiva presso tutti i reparti ospedalieri e PS di AO/OTS (vedi protocollo d'intesa aggiornato il 2 aprile 2010, Allegato 2 e 2.1, Allegati 5, 5.1, 5.2, 5.3), allo scopo di ridurre i ricoveri ripetuti assicurando una deospedalizzazione protetta, si attiva, tramite la presenza in ospedale di un infermiere di comunità, 5 giorni su 7, dalle 8:30 alle 14:30, la presa in carico dell'assistito da parte dei Servizi Distrettuali in collaborazione con il MMG, i Servizi Sociali del Comune e le Associazioni di volontariato. Il SID dei 4 distretti dell'ASS1 assicura la presa in carico dell'assistito e della sua famiglia mediante la valutazione multidimensionale dei bisogni. L'infermiere di comunità esprime il giudizio di accoglibilità da parte dei servizi di ASS1 ed elabora un Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Il sistema prevede il raccordo sistematico tra il SID dei Distretti ed i Reparti, attraverso il

contatto diretto tra i Responsabili Infermieristici previa richiesta mediante schede specifiche.

Le modalità di attivazione del SID sono le seguenti:

- **pazienti ospedalizzati già in SID:** il responsabile infermieristico del SID o il Case Manager compila la scheda di continuità assistenziale che accompagna il paziente al momento di un ricovero programmato; in caso di ricovero non programmato, trasmette, via fax o via e-mail al Responsabile Infermieristico del Reparto e al Servizio Infermieristico di ASS1, la scheda di continuità assistenziale entro 24 ore da quando viene a conoscenza del ricovero. Nella scheda viene segnalata la diagnosi e il motivo di presa in carico da parte del SID oltre all'eventuale domicilio dell'assistito in microarea. Quindi l'Infermiere Case Manager effettua un accesso in Reparto per verificare la situazione clinico-assistenziale del paziente e la tempistica di dimissibilità, coinvolgendo il paziente, i suoi familiari e il MMG.
- **Pazienti ospedalizzati non in SID:** entro 72 ore dal ricovero il Responsabile Infermieristico del Reparto concorda con il Medico Ospedaliero se necessita di SID per il paziente, compila la scheda di richiesta di continuità assistenziale e la invia al Distretto di appartenenza del paziente, via e-mail o via fax. Entro 72 ore dalla segnalazione, il Responsabile Infermieristico del SID effettua la presa in carico del paziente in Reparto, verifica la sua situazione clinico-assistenziale e la modalità di dimissibilità (Struttura Riabilitativa, RSA, Hospice o domicilio con eventuale necessità di attivazione dei Servizi Sociali); coinvolge il MMG, eventuali caregivers, attiva i servizi e le risorse necessari. La scheda di richiesta viene quindi inviata dal SID, via e-mail, fax o posta interna al Servizio Infermieristico di ASS1 (indicando la modalità di dimissione, le date di segnalazione e prima valutazione e l'eventuale domicilio in microarea).
- **Modalità di presa in carico SID-SAI presso i 4 Distretti di ASS1:**
 - rilevazione dei bisogni assistenziali con la scheda di valutazione multidimensionale
 - Val.Graf (per i pazienti a domicilio)
 - anamnesi infermieristica e presa visione dei dati clinici e socio-assistenziali
 - stesura di un Piano Assistenziale Individuale (PAI), condiviso con il paziente e gli altri professionisti interessati. Nel PAI sono esplicitati i bisogni dell'assistito (nei 3 ambiti: sanitario, socio-assistenziale e socio-sanitario), la diagnosi infermieristica, gli obiettivi assistenziali e le azioni necessarie a raggiungerli, le prescrizioni terapeutiche, la tipologia degli interventi, le figure professionali coinvolte, la frequenza degli accessi degli operatori, gli eventuali trattamenti terapeutici particolari, gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi biomedicali, la presumibile durata degli interventi assistenziali, la modalità e la tempistica delle verifiche condivise e gli esiti attesi
 - educazione sanitaria specifica per la patologia dello SC e più ampia sul contesto di vita e della famiglia

PDTA del paziente con Scompenso cardiaco (Area triestina)

- rilevazione dei parametri clinici e verifica dell'aderenza terapeutica
- attività di rete con il MMG e con altri settori istituzionali e non, atti a garantire la sostenibilità del progetto: indispensabile definire caso per caso le modalità di comunicazione e la contattabilità del MMG e del personale infermieristico
- valutazioni periodiche rispetto alle azioni previste e ai risultati raggiunti
- esecuzione delle procedure diagnostiche prescritte

Strumenti:

- cartella infermieristica certificata ISO
- scale di valutazione Val. Graf.

In situazioni di bisogno sociale dell'assistito e dei suoi familiari, l'infermiere attiva il servizio sociale e tutta la rete indispensabile per il mantenimento dell'assistito al proprio domicilio.

Le modalità di presa in carico clinica ed il PDTA per lo scompenso cardiaco vengono condivisi all'interno del team assistenziale tra MMG e SID. Nei pazienti con SCC avanzato o in caso di necessità di completamento diagnostico è indicato il coinvolgimento della Cardiologia territoriale per supporto clinico, ove necessario, e/o presa in carico diretta nei casi a maggiore complessità.

Nel caso di una richiesta di visita specialistica a domicilio del paziente, la stessa dovrà essere preventivamente condivisa dal parte del MMG con il Cardiologo reperibile o Internista dedicato (cellulare dedicato) per concordare indicazioni, obiettivi, e successivo follow-up da parte del MMG.

NECESSITÀ DI VISITA CARDIOLOGICA URGENTE/ PRIORITARIA/DIFFERITA (AMBULATORIALE, DOMICILIARE, IN RSA)

Nel caso di pazienti con sospetto o già accertato SC, che non si ritiene necessitano di ricovero urgente, ma con indicazione a visita urgente/prioritaria, il MMG e tutti i medici o infermieri dell'ASS1 (MMG nei distretti, 118, Prime Cure, SID, etc.) possono contattare il Cardiologo Reperibile al CCV nella fascia oraria 8-20 dal lunedì al venerdì, mediante cellulare aziendale, per porre indicazione e definire i tempi di accesso a visita urgente (U) entro 72 ore per i casi appropriati, o con priorità B (breve entro 10 giorni), o D (differita entro 30 giorni). In tal caso il paziente riceve un appuntamento la cui tempistica di erogazione si basa sulla gravità/instabilità del quadro clinico in accordo con i criteri condivisi con la Medicina Generale (*Allegato 6*).

Tutto il percorso necessario per la diagnosi, stratificazione prognostica, terapia, indicazioni ad approfondimento invasivo o non invasivo fino alla cardiochirurgia o procedure interventistiche sono programmate dal Cardiologo territoriale del CCV. Nelle varie fasi del percorso e al momento conclusivo viene fornita relazione al paziente ed al MMG mediante referto informatizzato, firmato digitalmente e conservato nel visualizzatore referti regionale.

Ambulatorio Infermieristico: ruolo complementare di supporto per triage, intervento educativo, monitoraggio, follow-up telefonico

Triage Infermieristico Ambulatoriale al CCV per:

- a) supportare la reperibilità del Cardiologo nella gestione dell'urgenza cardiologica ter-

ritoriale (segnalazione dal Medico di Medicina Generale, 118)

- b) sottoporre a monitoraggio telemetrico–strumentale (ECG, bio-impedenziometria, test del cammino dei 6 minuti, ecc.), ematochimico (POC BNP/CK, troponina, mioglobina) quei pazienti in follow-up ambulatoriale (infermieristico e/o cardiologico) che presentino instabilità cliniche minori, attivando le modifiche terapeutiche e i monitoraggi necessari per evitare il ricovero ed il successivo programma di follow-up telefonico e/o clinico in accordo con flow-chart interne con algoritmi comportamentali condivisi tra team medico ed infermieristico.

Ove necessario si attivano i servizi territoriali distrettuali/domiciliari e/o sociali, al fine di rispondere nel modo più completo alle necessità espresse dal paziente e suoi familiari.

INDICAZIONE A CURE PALLIATIVE NEI PAZIENTI CON SCC IN FASE AVANZATA O TERMINALI

Benché esistano numerose analogie quantitative e qualitative con i pazienti oncologici, la complessità dei bisogni fisici, psicologici e sociali dei malati di scompenso cardiaco richiede un approccio palliativo diverso rispetto al paziente oncologico, che tenga conto della diversa traiettoria della malattia e delle esigenze mutevoli del malato, oltre che dei suoi caregiver, così da sviluppare e diffondere nuove conoscenze nell'ambito di un approccio terapeutico integrato.

PRESA IN CARICO DOMICILIARE O IN RSA SAN GIUSTO DEL MALATO CON SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO/TERMINALE²

Per la gestione di alcuni casi molto selezionati con scompenso cardiaco avanzato/terminale, al fine di garantire un'assistenza domiciliare o in RSA con monitoraggio intensivo e la possibilità di utilizzo di farmaci inotropi positivi per la gestione dei sintomi, sono stati formalizzati dei protocolli operativi in collaborazione tra Distretti/SID/CCV/CARDIOLOGIA/RSA/118.

A domicilio o in RSA vengono seguiti pazienti con scompenso cardiaco terminale (classe NYHA IV, severa riduzione della frazione d'eiezione, segni di danno d'organo) con:

- persistenza di severo impegno emodinamico nonostante terapia orale massimale
- dipendenza dalla terapia inotropica dimostrata dopo fallimento di almeno 2 tentativi di sospensione di terapia infusiva con dobutamina durante il periodo di ospedalizzazione
- assenza di valide alternative terapeutiche.

Prima della dimissione viene organizzato in ambito ospedaliero un incontro tra i vari servizi per pianificare la presa in carico a domicilio o in RSA. In tale occasione viene discusso e condiviso lo stato clinico del malato, il piano assistenziale e terapeutico, vengono concordati i dosaggi e la velocità d'infusione della dobutamina, la frequenza degli accessi domiciliari o in RSA. Alla presa in carico domiciliare o in RSA, l'infermiere, il MMG, il Cardiolo-

² Cfr. *Allegato 4*.

go territoriale e l'Internista della RSA gestiscono la persona fino alla fine della vita, in collaborazione con la rete sanitaria, sociale e di volontariato che si adopera sul territorio.

Per essere efficaci e rispondere ai reali bisogni presenti sul nostro territorio, contribuendo all'ottimizzazione dei servizi e delle risorse, è opportuno avviare dei programmi di cure palliative per i malati con scompenso cardiaco avanzato, che in maniera flessibile possano offrire risposte alle seguenti esigenze:

- comunicazione (empatica, verbale e non-verbale)
- educazione sanitaria e stili di vita
- self-empowerment ed autoefficacia
- sostegno psicologico e spirituale
- sostegno sociale
- accompagnamento dei caregiver, prevenzione burn-out e team communication
- bereavement support

Per raggiungere gli obiettivi sopraelencati sono attivabili team multidisciplinari dedicati attingendo a tutte le risorse attualmente e in futuro disponibili nelle Aziende, implicando anche le associazioni di volontariato. E' in corso la formazione delle figure professionali implicate nel percorso assistenziale sia in tema di scompenso cardiaco sia in tema di cure palliative, che possano assistere il paziente fin dalla dimissione, costituire il legame tra gli specialisti e attivare i necessari supporti sociali. Obiettivo delle cure palliative riservate ai pazienti con scompenso cardiaco dovrà quindi essere quello di fornire un'assistenza coordinata in grado di ottimizzare tempi e modalità per affiancare al trattamento attivo quello palliativo a livello fisico, psicologico e spirituale, un supporto territoriale ottimizzato, livelli ottimali di comunicazione formale e informale. Il raggiungimento di questi obiettivi sarà il miglioramento della qualità di vita e di morte del paziente e il mantenimento del benessere psicologico dell'intero team assistenziale con ricadute positive in ambito fisico, psicologico e sociale.

CONCLUSIONI

Le patologie croniche sono per il mondo occidentale la sfida sanitaria del terzo millennio. Il progressivo incremento delle fasce di popolazione in età avanzata e la migliore qualità delle cure CV in fase acuta, hanno determinato una significativa riduzione della mortalità ed uno spostamento del bisogno verso la gestione territoriale della cronicità. I pazienti con SCC sono un esempio paradigmatico di questa evoluzione dei modelli di cura e richiedono una profonda revisione dei PDTA ospedale-territorio e territoriali con l'attivazione di una presa in carico integrata e proattiva, multidisciplinare e multiprofessionale, che possa sviluppare risposte efficaci e sostenibili per il paziente con SCC avanzato sia dal punto di vista clinico che socio-assistenziale.

PDTA del paziente con Scopenso cardiaco (Area triestina)

INDICATORI

Temporizzazione annuale

	Indicatori	Strumento	Responsabile
Processo	Attivazione inserimento referti in visualizzatore per tutti gli operatori del PDTA	Visualizzatore	Informatica A-OUTS/ASS1
	Attivazione visibilità lettera di dimissione AOUTS dei pazienti con DRG 127	Visualizzatore	Informatica AOUTS
	Consegna da parte MMG del piano terapeutico scritto		MMG
Risultato	N. dimissioni divisi per sede ricovero	BO/SAS	CCV
	N. trasferimenti interni Cardio/Utic vs reparti Internistici	BO/SAS	Cardio
	N. consulenze Cardio in PS e reparti internistici durante ricovero DRG 127	SAS	AOUTS
	N. prese in carico Cardio/CCV/Riab Cpt post dimissione (incluso PS) entro 7, 30 e 90 gg	SAS	Cardio/CCV/AOUTS
	N° trasferimenti RSA/Riabilitazione degenziale post dimissione DRG 127	BO	Gruppo dati ASS1
	N° visite totali/DH Cardio/CCV UBDP/Amb dedicati pazienti con diagnosi di SCC	BO/SAS	Cardio/CCV
	N° attivazioni Continuità Assistenziale Inf./Triage CCV/SID post dimissione DRG 127	BO/SAS	CCV/ASS1
	N° attivazione PDTA Cure Palliative		Gruppo dati ASS1
	N° riaccessi in PS/ricovero a 30/90/180/360 gg in pazienti dimessi in precedenza per DRG 127	SAS	Gruppo dati ASS1

PDTA del paziente con Scoppo cardiaco (Area triestina)

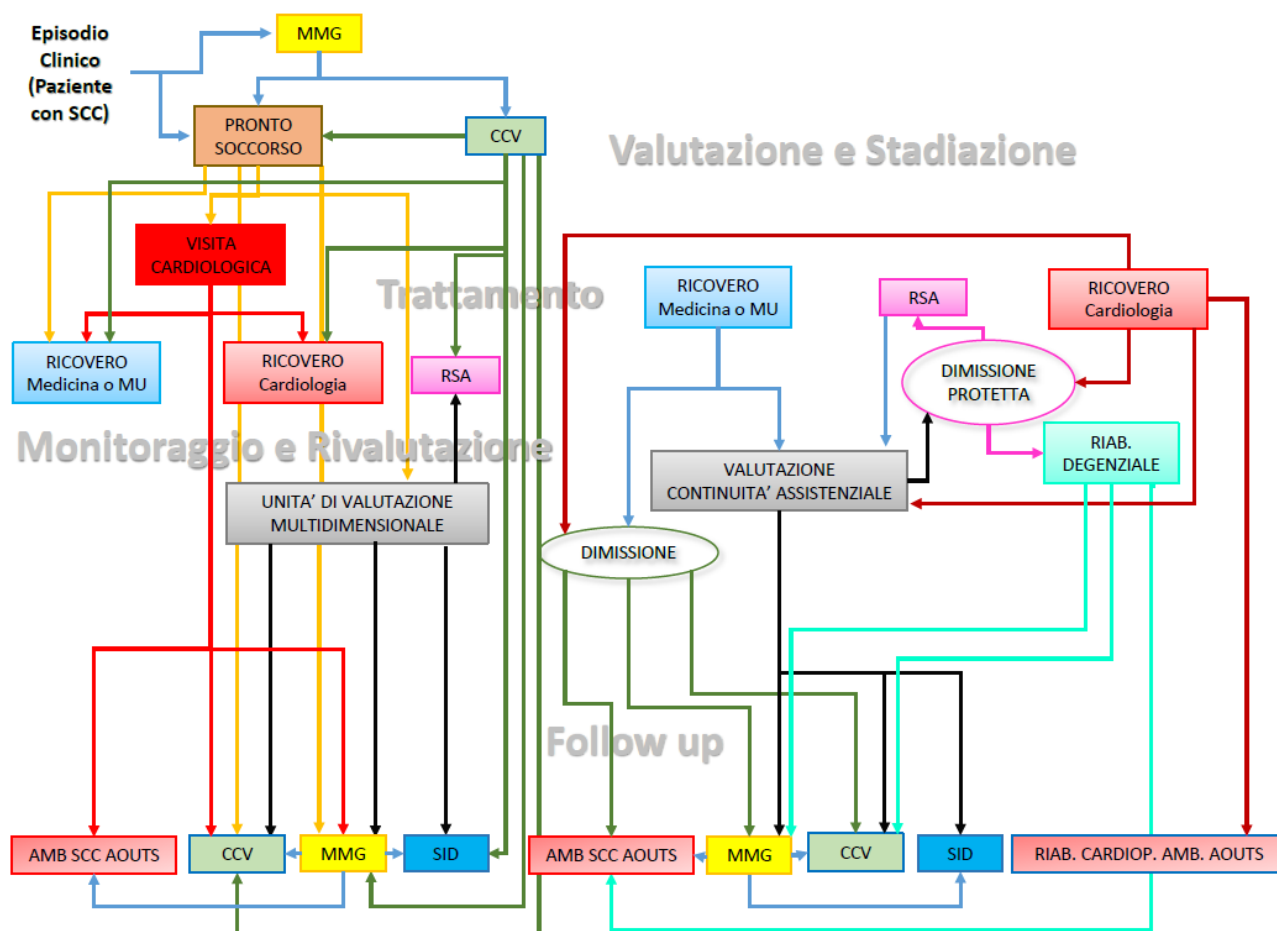


Figura 1: PDTA Territorio - Ospedale – Territorio per Pazienti con Scoppo Cardiaco Area Triestina ASS1 - AOUTS

MU: Medicina d'Urgenza

RIAB.CARDIOP. AMB. AOUTS: Riabilitazione del Cardiopatico Ambulatoriale AOUTS

RIAB. DEGENZIALE: Riabilitazione Degenziale

AMB SCC AOUTS: Ambulatorio Scoppo Cardiaco AOUTS

MMG: Medico di Medicina Generale

CCV: Centro Cardiovascolare

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

SID: Servizio Infermieristico Domiciliare

BIBLIOGRAFIA

1. Consensus conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7: 383-432.
2. Di Lenarda A, Metra M. Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia: La rete per il cardiopatico cronico. *G Ital Cardiol* 2009; 10 (Suppl 3-6): 22S-30S
3. Consensus regionale FVG sullo Scompenso Cardiaco, 2009 - Agenzia regionale della sanità.
4. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2012; 14: 803-69.
5. POLITICA: Accettazione e Ricovero dei pazienti nei diversi setting di cura
6. Katz J.N et al. Cardiology and the Critical Care Crisis. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:1279-1282
7. Hasin Y et al. Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. *Eur Heart J* 2005;26:1676-1682
8. Scherillo M, Miceli D, Tubaro M, Guiducci U. Struttura e organizzazione funzionale delle unità di terapia intensiva cardiologica. *G Ital Cardiol* 2007;8 (suppl 1-5); 12S-15S
9. Gardini E et al. Le unità di terapia intensiva cardiologica: chi ricoverare, per quanto tempo. *G Ital Cardiol* 2007; 8 (suppl 1-5): 5S-11S
10. Mafri A. Risk management nell'unità di terapia intensiva cardiologica. *G Ital Cardiol* 2007; 8 (suppl 1-5): 46S-52S
11. Casella G, Di Pasquale G. Competenza clinica del cardiologo dell'unità di terapia intensiva cardiologica. *G Ital Cardiol* 2007; 8 (suppl 1-5): 16S-24S



Continuità assistenziale tra infermieri di comunità dei distretti e pronto soccorso
 Rev. 01 26 febbraio 2009 (scrivere stampatello e trasmettere al SIA via fax 040.399.7182)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ CRA _____

Domicilio _____ Tel.n. _____

Num. telefonico parenti e/o conoscenti _____ Distr. n. _____

Motivo di accesso al PS														Segn.	
Problemi cognitivi (G27) Diabete (DB4) Problemi di tipo respiratorio (G15) Problemi di tipo cardiocircolatorio (G29) Traumi e/o esiti di traumi (L03) Paziente terminale neoplastico (G18) Problemi di tipo neurologico (ictus, afasie, Tia, sclerosi multipla, Morbo di Parkinson) (N05) Paziente etilista (G22) Paziente tossicodipendente (G23) Altro (eliminazione, disidratazione, gestione catetere vescicale, sonda nutrizione entrale/parenterale, problemi socio-assistenziali) (G25)															
Contattati: Geriatria SI NO del Distr. n. _____ e preso in carico da:															
Care giver	Aiuto privato/badante	Volont.	PID	SID	AMB INF	SRD	DSM CSM	DDD	CCV	C. Oncol.	Strutt. Prot.	Poli funzioni	Com alloggio	RSA	Hospice

Ricovero per sopraggiunte criticità cliniche o mancanza di risorse

Data _____ Firma (leggibile) infermiere _____ Distretto n. _____

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste



Protocollo d'intesa sul sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica ¹

tra gli infermieri dei distretti, tutti i reparti ospedalieri ed il servizio di Pronto Soccorso

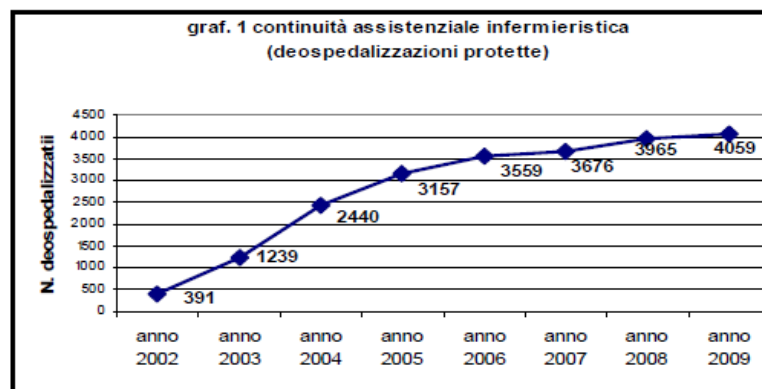
Rev. 02 – 1 aprile 2010

Premesso che, a seguito degli Accordi di Area Vasta tra l'ASS n.1 Triestina e l'AOU Ospedali Riuniti di Trieste, le Direzioni dei Servizi Infermieristici hanno sperimentato nel 2002 il **sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica** per gli anziani over75enni ricoverati nei reparti di area medica;

considerato che, a seguito degli ottimi risultati della sperimentazione i Direttori Generali delle Aziende in parola hanno siglato un protocollo d'intesa il 30 ottobre 2003 che ha esteso tale servizio anche agli anziani ricoverati nei reparti di area chirurgica;

rilevato che, detto protocollo/servizio è stato esteso nel 2006 anche agli assistiti della clinica ortopedica, del reparto di ortopedia, del reparto di riabilitazione e della stroke-unit, per quei assistiti che non rientrano nei protocolli specifici di riabilitazione concordati tra le Aziende, nonché al servizio di Pronto Soccorso e ai neo costituiti reparti *post acuzie-area medica e post acuzie-chirurgica*;

valutato che, nel 2009 si sono realizzate ben 4059 desospitalizzazioni protette (graf.n.1) cosicché tale servizio è stato assicurato al 36% degli over75enni dimessi nel corso dell'anno;



¹ La prima versione del protocollo d'intesa è stata siglata dai Direttori Generali delle due aziende il 30 ottobre 2003 a seguito della sperimentazione realizzata nel 2002 -Prot. 44958 /GEN.II.4.A dd.18 giugno 2002- REV.01 nota di prot. 7363/GEN.II.4.A. dd. 13 febbraio 2006.

PDTA del paziente con Scompenso cardiaco – Allegato 2

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste

considerato inoltre che:

a) il servizio è efficace ed efficiente ed è molto gradito al cittadino, come risulta dalle indagini telefoniche sulla qualità percepita realizzate semestralmente dalla Direzione del Servizio Infermieristico territoriale;

b) *la continuità assistenziale unita alla presa in carico* degli assistiti ha ridotto drasticamente il tasso di ospedalizzazione della popolazione triestina (in dieci anni il TO è sceso da 236 a 167/mille del 2009 e quello degli over 75enni da 595 a 419 su mille);

c) l'efficacia del sistema e del modello sulla riduzione dei ricoveri medici è stata confermata da una ricerca² condotta su un campione di 150 assistiti della domiciliare che, prescindendo dall'età e dalla patologia, ha evidenziato una riduzione del 56.95% dei ricoveri medici (R.R. = 0.58 , 95% I.C. 0.44 – 0,76);

d) l'efficacia è stata ulteriormente confermata con una ricerca³, condotta su un campione di 102 assistiti a rischio di scompenso cardiaco, che ha rilevato una riduzione del 69,94% dei ricoveri medici;

valutato inoltre che la presenza sperimentale⁴ nel 2009 dell'infermiere di distretto al Pronto Soccorso dell'ospedale di Cattinara, al mattino dal lunedì al venerdì, ha consentito di evitare più di 400 ricoveri;

ciò premesso, i Direttori delle due Aziende estendono il servizio denominato *sistema di continuità assistenziale infermieristica interaziendale* in via definitiva a:

- **tutti i ricoverati con bisogni clinici e sociali complessi prescindendo dall'età e dalla patologia;**
- tutti i reparti e al Pronto Soccorso.

Le modalità operative sono illustrate nell'allegato documento che è parte integrante del presente atto che le due Aziende recepiscono con atto deliberativo.

Il Direttore Generale
A.S.S. n.1 Triestina
Dott. Fabio Samani

Il Direttore Generale
A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste"
Dott. Francesco Cobello

² M. Mislej, F.Paoletti F, Canderlic D, Trabona R *Gli assistiti presi in carico dal Servizio infermieristico domiciliare (SID) indipendentemente dalla patologia di attivazione, hanno una riduzione dei ricoveri medici e delle giornate di degenza. Studio di efficacia.* Giornale italiano di Scienze infermieristiche 2008; IV – 8: 18.

³ L. Penzo Tesi di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche *Organizzazione dell'assistenza nello scompenso cardiaco: presa in carico ed impatto sulle riospedalizzazioni*, relatore G. Sinagra, Università degli Studi di Trieste, A.A. 2007 – 08.

⁴ Delibera n.12 del 9 gennaio 2009 "Continuità assistenziale infermieristica tra pronto soccorso e infermieri di continuità dei distretti sanitari – implementazione del protocollo d'intesa su "il sistema della continuità assistenziale infermieristica interaziendale".

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste



Il Sistema della continuità assistenziale infermieristica tra l'A.S.S. n.1 Triestina e l'A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste"

Il *sistema della continuità assistenziale infermieristica* tra l'A.S.S. n.1 Triestina e l'A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste" è finalizzato a ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti assicurando la deospedalizzazione protetta attraverso la presa in carico dell'assistito da parte dei servizi Distrettuali in collaborazione con i medici di medicina generale, in rete con i servizi sanitari e sociali e le associazioni di volontariato.

A far tempo dal 1 aprile 2010 il sistema è esteso in via definitiva a tutti gli assistiti ricoverati con bisogni clinici e sociali complessi prescindendo dall'età e dalla patologia; esso interessa tutti i reparti ed il Pronto Soccorso.

Modalità organizzative tra reparti e infermieri di comunità dei distretti

Il sistema prevede il raccordo sistematico tra il servizio infermieristico domiciliare dei Distretti ed i Reparti. La modalità organizzativa è il contatto diretto tra responsabili infermieristici per tutti i casi che necessitano di continuità assistenziale compresi i probabili candidati per ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale, hospice, struttura protetta o casa di riposo.

Obiettivi

- sviluppare nel tempo il sistema ovvero aumentare il numero di assistiti in dimissione protetta soprattutto se anziani cardiopatici, broncopatici, flebopatici e diabetici con storia di ricoveri ripetuti;
- garantire un'efficace e tempestiva assistenza in raccordo con i medici di medicina generale a domicilio, o presso le RSA, l'hospice, le strutture protette o case di riposo attivando, quando necessario, i servizi sociali dei Comuni;
- documentare la continuità assistenziale con apposita scheda.

Strumento

In tutte le situazioni di continuità assistenziale infermieristica tra Reparti, Pronto soccorso e Distretti (SID⁵) si utilizzano le scheda così denominate è in allegato al presente documento:

"continuità assistenziale infermieristica - area medica e specialistica" (Rev. 04 dd. 29.03.2010);

"continuità assistenziale infermieristica - area chirurgica e specialistica" (Rev. 04 dd. 29.03.2010);

"continuità assistenziale tra infermieri di comunità e Pronto soccorso" (Rev. 01 dd. 26.02.2009);

⁵ Servizio Infermieristico Domiciliare.

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste

Monitoraggio

Il monitoraggio del sistema si realizza attraverso riunioni periodiche tra responsabili infermieristici delle due Aziende.

Il monitoraggio del sistema continua ad essere affidato alla Direzione del Servizio Infermieristico dell'A.S.S. n.1 ed interessa in particolare il numero delle deospedalizzazioni protette annuali, l'aderenza agli standard concordati, gli esiti delle segnalazioni ovvero i servizi attivati dai distretti.

Istruzioni operative e standard d'efficienza e d'efficacia continuità assistenziale infermieristica tra reparti e SID

Deospedalizzati

1. entro 72 ore dal ricovero il responsabile infermieristico di reparto o un suo sostituto compila la scheda della continuità assistenziale deospedalizzati e la invia al distretto di appartenenza via e-mail o telefax;
2. entro 72 ore dalla segnalazione il responsabile infermieristico del SID o un suo sostituto fa la presa in carico della persona presso il reparto, valuta e concorda con il responsabile infermieristico (o suo sostituto) l'eventuale esito (SID, RSA, hospice, struttura protetta, polifunzionale, servizi sociali ecc.) si raccorda con il medico di famiglia ed eventuali care-givers, attiva servizi e risorse;
3. stabilito l'esito la scheda è trasmessa dal SID, via e mail, telefax o posta interna, al Servizio infermieristico dell'ASS n.1 (**evidenziando l'esito, le date di arrivo della segnalazione e della prima valutazione e l'eventuale domicilio in *microarea***).

Ospedalizzati SID

1. il responsabile infermieristico del SID o il case manager compila la scheda di continuità assistenziale che accompagna l'assistito al momento del ricovero oppure, nel caso in cui il ricovero non sia programmato, trasmette la scheda entro 24 ore, dal momento in cui ha evidenza del medesimo, via e mail o via telefax al responsabile infermieristico di reparto e al Servizio infermieristico dell'A.S.S. n.1;
2. alla voce della scheda "diagnosi e motivo di presa in carico in SID" si evidenzia la diagnosi principale (es. BOC, diabete, cardiopatia, ecc.), l'evento acuto che ha determinato l'attivazione del SID (scompenso cardiaco, scompenso glicemico, ecc.) e **si segnala inoltre l'eventuale domicilio dell'assistito in *microarea***;
3. l'infermiere case manager SID effettua un accesso in reparto e discute il caso nonché la data di dimissione dell'utente (coinvolgendo l'utente, i suoi familiari e il medico di medicina generale).

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste

Istruzioni operative continuità assistenziale infermieristica tra Pronto soccorso e infermiere di comunità

Si conferma la presenza dell'infermiere di comunità al Pronto soccorso dell'ospedale di Cattinara, così come sperimentato dal 12 gennaio 2009 in poi: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.30. Se le risorse lo consentiranno tale presenza potrà essere ampliata senza dover modificare il protocollo d'intesa tra le due Aziende.

Aspetti organizzativi

Ogni distretto garantisce -a rotazione settimanale- la presenza di un infermiere abbinata al turno del geriatra del medesimo Distretto (il 12 gennaio 2009 ha iniziato il Distretto 1, seguono poi, i Distretti 2, 3 e 4, da allora la rotazione prosegue invariata).

Per tale attività l'infermiere di comunità utilizza la *stanza dedicata all'osservazione breve intensiva del Pronto Soccorso* attrezzata di scrivania, PC e telefono cordless 040-399. 4925, telefax 040-399.4009⁶.

L'infermiere di turno al Pronto Soccorso, per tutti i dimessi, fa un'ipotesi di continuità assistenziale e contatta il collega reperibile del Distretto di appartenenza dell'assistito e da questi attende indicazione su come procedere (anche nel caso in cui si tratti di un assistito del Distretto in cui lavora).

Per i ricoveri in RSA contatta:

- la direzione del Servizio Infermieristico Aziendale per conoscere i posti liberi nelle RSA (a tal fine il personale delle quattro RSA deve mantenere la consuetudine di comunicare il dato via mail alla direzione del SIA entro e non oltre le ore 10);
- il medico/geriatra di Distretto di turno al Pronto Soccorso.

Rispetto alle persone senza fissa dimora la presa in carico avviene attraverso la turnazione dei quattro distretti in base all'ordine temporale (il primo caso al Distretto 1, il secondo al Distretto 2 ecc.)

Strumenti – due schede

Per i necessari raccordi devono essere utilizzati i numeri di telefonia mobile e fissa indicati nella scheda allegata "**Strumenti di raccordo - telefonia mobile e fissa di riferimento**".

Tutti i dati relativi ai casi valutati (anche se non esiteranno in una presa in carico territoriale e per tale ragione non saranno dimissibili) devono essere raccolti nella scheda allegata "**Continuità assistenziale tra infermieri di comunità dei distretti e pronto soccorso**". Ogni scheda deve essere inviata alla direzione del SIA e ai Distretti via fax o via e-mail.

⁶ Accordi presi dalla Responsabile della Direzione Infermieristica aziendale con i Responsabili Infermieristici ospedalieri, Dino Roggi e Gianfranco Sanson il 9 dicembre 2008 alle ore 9 presso il Pronto Soccorso.

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste

Indicazioni specifiche

La continuità assistenziale interessa tutte le persone in dimissione dal Pronto Soccorso prescindendo dall'età. All'infermiere di comunità spetta il giudizio di *accogliibilità* da parte dei servizi dell'ASS n. 1 Triestina (e non di *dimissibilità* la cui responsabilità spetta al personale del Pronto Soccorso).

Per ogni assistito è necessario valutare se le terapie prescritte sono compatibili con una possibile gestione familiare (ad es. insulina x 4).

Particolare attenzione deve essere riservata alle persone:

- molto anziane, soprattutto agli ultra90enni, per l'elevato rischio di conseguenze iatrogene da ricovero;
- provenienti dalle strutture protette e dalle Case di Riposo Polifunzionali;
- che accedono al Pronto Soccorso per prestazioni e terapie che possono essere soddisfatte dai servizi domiciliari e dagli ambulatori infermieristici distrettuali (ad esempio le ulcere agli arti inferiori per la presa in carico e il trattamento appropriato con i medici specialisti territoriali ed ospedalieri);

Il Dirigente Infermieristico
A.S.S. n.1 Triestina
Dott.ssa Maila Mislej

Il Dirigente Infermieristico
A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste"
Dott. ssa Fabia Bassan

Allegate:

schede della continuità assistenziale deospedalizzati – ospedalizzati area medica/specialistica, area chirurgica/specialistica e pronto soccorso.

Scheda: "Strumenti di raccordo - telefonia mobile e fissa di riferimento"



Procedura Interaziendale concordata il 01/01/06
(Revisione 04 dd. 29/03/2010)



Pagina 1 di 2

OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Continuità assistenziale de-ospedalizzati area MEDICA/SPECIALISTICA

Ospedale _____ Reparto _____ Piano <input type="checkbox"/> Torre _____	
Segnalato al Distretto n. <input type="checkbox"/> Sede _____ In data _____	
Cognome _____ Nome _____	
Luogo e data di nascita _____	
Domicilio ¹ _____ Tel. _____	
Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> C.R.A. _____	
Telefono parenti/conoscenti (specificare) _____	
MMG ² _____	
Data ingresso _____ Ricoveri precedenti _____	
DIAGNOSI CHIRURGICA: _____	
INTERVENTO CHIRURGICO: _____	
in data _____ c/o (reparto) _____	
DIAGNOSI:	
Diabete <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Scompenso Cardiaco <input type="checkbox"/> (Classificazione N.Y.H.A. <input type="checkbox"/>)	
Broncopatia <input type="checkbox"/> Flebopatia <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Encefalo/neuropatia <input type="checkbox"/>	
Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____	
PARTE RISERVATA AL DISTRETTO/ S.I.D. (Esito dell'intervento)	
Data della prima valutazione dell'assistito _____ Abitante in microarea <input type="checkbox"/>	
PROVENIENTE DA STRUTT. POLIFUNZ. SI <input type="checkbox"/> QUALE _____ NO <input type="checkbox"/>	
PROVENIENTE DA STRUTT. PROTETTA SI <input type="checkbox"/> QUALE _____ NO <input type="checkbox"/>	
Preso in carico dal S.I.D. <input type="checkbox"/> Ricoverato in R.S.A. <input type="checkbox"/> Ricoverato in strutt. protetta o polifunz. <input type="checkbox"/>	
Ricoverato all'Hospice <input type="checkbox"/> Segnalato ai Servizi Sociali <input type="checkbox"/> Segnalato al D.S.M. <input type="checkbox"/>	
Segnalato al D.D.D. <input type="checkbox"/> Affidato al M.M.G. per follow-up <input type="checkbox"/>	
Trasferito in _____ Deceduto <input type="checkbox"/>	
Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____ Annotazioni _____	
L'Infermiere S.I.D. _____ Telefono _____	
SITUAZIONE SOCIALE: Vive da solo <input type="checkbox"/> con coniuge/compagno <input type="checkbox"/> con figlio/parente <input type="checkbox"/>	
in struttura (specificare quale) <input type="checkbox"/> _____	
RETE PARENTALE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La rete è di supporto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
AIUTI ESTERNI: Servizi Sociali Comunali (nominativo operatore) <input type="checkbox"/> _____	
Volontariato <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____	
STATO MENTALE: Lucido <input type="checkbox"/> Collabora <input type="checkbox"/> E' confuso <input type="checkbox"/>	

¹ Per domicilio si intende anche la struttura protetta, la casa di riposo, i gruppi appartamento ecc.

² MMG è il medico di famiglia o medico di medicina generale dell'assistito



Continuità assistenziale de-ospedalizzati area MEDICA/SPECIALISTICA

Cognome _____ Nome _____

DOLORE: SI NO **PUNTEGGIO V.A.S.:** 0 **PESO:** _____ **P.A.:** _____
SONNO: Autonomo Indotto
IGIENE: Autonomo Parz. aut. Dipendente (specificare) _____
ALIMENTAZIONE: Autonomo Parz. aut. Dipendente (specificare) _____
ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE: SI NO Tipo _____
REGIME DIETETICO: SI NO Tipo _____
ASSUNZIONE FARMACI: Autonomo Parz. aut. Dipendente (specificare) _____
MOBILIZZAZIONE: Autonomo Parz. aut. Dipendente (specificare) _____
AUSILI UTILIZZATI: Materasso antidecubito Tipo _____
 Carrozzina Stampelle Altro (specificare) _____
ALVO: Autonomo Parz. aut. Dipendente **STOMIA:** SI NO
INCONTINENTE: SI NO (Se SI: precedente al ricovero? SI NO)
DIURESI: Autonomo Parz. aut. Dipendente Incontinente da (data pres.) _____
CATETERE VESCICALE: SI NO (Se SI: precedente al ricovero? SI NO)
 Data ultimo posizionamento catetere _____ Tipo di catetere _____
 Data e luogo eventuale prossimo controllo urologico _____
PANNOLONE: SI NO (Se SI: precedente al ricovero? SI NO)
LESIONI DA DECUBITO: SI NO (Se SI: precedente al ricovero? SI NO)
ZONA E STADIO: _____ **PUNTEGGIO NORTON:**
TRATTAMENTO LESIONI: _____

MEDICAZIONE INTERVENTO: _____

TRATTAMENTO ASSISTENZIALE E TERAPEUTICO DURANTE LA DEGENZA

Terapia antalgica: _____ Terapia anticoagulante/antiaggregante: _____

Ultimo I.N.R.: _____ Eseguito in data: _____

TRATTAMENTO PREVISTO A DOMICILIO – IPOTESI/PROPOSTE DI INTERVENTO

PRESIDI MEDICO-CHIRURGICI IN USO E/O CONSIGLIATI A DOMICILIO

OSSERVAZIONI SPECIALISTICHE

Responsabile Infermieristico _____ Telefono _____

PDTA del paziente con Scoppio cardiaco – Allegato 3



Servizio Sanitario Regionale
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA
 Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione
 (D.P.C.M. 8 aprile 1993)



DIREZIONE SANITARIA
 Direttore Sanitario : dott. Luca Mascaretti

RICHIESTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO A COMPLETAMENTO DELLE CURE OSPEDALIERE

Cognome e Nome		
Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso
Residenza (indirizzo, città, prov.)		
Telefono	CRA	
Ricoverato presso		Data Ricovero
Patologia principale		
Patologie concomitanti		
Intervento chirurgico		
Data Intervento	Carico concesso dal	Firma di chi concede il carico
Necessità di riabilitazione:	ORTOPEDICA <input type="checkbox"/>	NEUROLOGICA <input type="checkbox"/>
	CARDIOLOGICA <input type="checkbox"/>	PNEUMOLOGICA <input type="checkbox"/>
Programma riabilitativo e tempi previsti di attuazione		

Si autorizza il trattamento riabilitativo:

- presso la Casa do Cura "Pineta del Carso"
- presso RSA
- a domicilio
- in regime ambulatoriale

Il Responsabile Richiedente

Il Medico Fisiatra

 Data, _____

 Data, _____

Spazio riservato al personale del Centro Servizi Interni	Timbro
Data, _____ Firma, _____	



ACCREDITED FOR ORGANIZATION BY
 JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

DIREZIONE SANITARIA
 Ospedale di Cattinara – Strada di fiume, 447 – 34 149 TRIESTE
 Tel 040 - 399 4375 - Fax. 040 – 910690 e-mail: direzione-sanitaria-cattinara@aots.sanita.fvg.it
 Ospedale Maggiore – Piazza Ospitale1 - 34129 TRIESTE
 Tel 040 - 399 2211 - Fax. 040 - 399 2337 e-mail: direzione-sanitaria-maggiore@aots.sanita.fvg.it
 www.aots.sanita.fvg.it



**PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE
SS ANZIANI E RESIDENZE-RSA S. GIUSTO- CCV
NEL PAZIENTE ANZIANO CON PROBLEMATICHE
CARDIOLOGICHE ATTIVE**

GIACOMO BENEDETTI
GILBERTO CHERRI
MARIA GRAZIA COGLIATI
PAOLA COMUZZI
ANDREA DI LENARDA
FRANCO HUMAR
DONATELLA RADINI
CLAUDIA RUSGNACH
MELANIA SALINA

2013

Emerge l'utilità per alcune tipologie di pazienti anziani con patologie cardiovascolari in dimissione dalle strutture ospedaliere o riabilitative e segnalati dalle strutture territoriali di disporre di una struttura intermedia (nel caso specifico identificata con l'RSA San Giusto afferente al Distretto 2) per accogliere alcuni pazienti anziani con specifiche patologie cardio-vascolari già noti alla Cardiologia AO/UTS e/o CCV (SC.Centro Cardiovascolare)

Percorsi in entrata

- **Percorso 1:** Pazienti anziani ricoverati per SCC in ambiente medico/cardiologico ospedaliero con necessità di una dimissione protetta per specifici motivi di continuità terapeutica-assistenziale di tipo CV.
- **Percorso 2:** pazienti anziani con SCC avanzato/terminale in dimissione da H o seguiti in home care con necessità di supporto inotropo /assistenza palliativa - presa in carico territoriale continuativa ad alta intensità assistenziale.
- **Percorso 3:** pazienti anziani fragili con instabilizzazione CV a basso rischio, degenti in strutture territoriali o domiciliarizzati ed in cui non sia proponibile per basso valore aggiunto, o già eseguito, un approfondimento specialistico ospedaliero.
- **Percorso 4:** pazienti che hanno completato il percorso riabilitativo cardiologico degenziale in Pineta del Carso (≥ 15 giorni), ma con necessità di prolungamento del monitoraggio/stabilizzazione CV in ambiente protetto.

Modalità di segnalazione e organizzazione durante il ricovero In RSA San Giusto

I pazienti, già noti (dati clinici accessibili), vengono valutati idonei per RSA dal personale medico/infermieristico del CCV e segnalati per ricovero presso la RSA San Giusto secondo le seguenti modalità operative:

- 1) Segnalazione diretta (mail/telefonata) della struttura/servizio inviante al referente medico CCV e/o infermieristico che, condivisa l'idoneità clinica del paziente (valutazione medica + BINA + consenso informato al ricovero in RSA), contatterà per mail la SS Tutela Anziani e Residenze del Distretto 2, la SS Tutela Anziani e Residenze del Distretto di appartenenza dell'assistito e per conoscenza la RSA San Giusto per l'attivazione del trasferimento non appena disponibile un posto letto. Durante la degenza, si terranno in RSA SG incontri di verifica (UVD), per la gestione sanitaria- assistenziale e per il programma post- dimissione.
- 2) Per i soli casi di persone ricoverate per assistenza palliativa in terapia con dobutamina, oltre alla procedura descritta, come da *"protocollo scompenso e dobutamina"*, è prevista:
 - a. Per i pazienti provenienti da strutture ospedaliere: presa in carico al letto del paziente in reparto ospedaliero da parte della coordinatrice della RSA S. Giusto.
 - b. Per i pazienti provenienti dal proprio domicilio: presa in carico da parte del personale infermieristico del CCV, come da *"protocollo scompenso e dobutamina"*.

L'accoglimento è subordinato al consenso informato scritto del paziente al trattamento con dobutamina (tale informativa è di pertinenza del Cardiologo del CCV).

- 3) Il medico Cardiologo del CCV eseguirà valutazioni periodiche in RSA, prevedendo uno spazio di 90-120 minuti settimanale, concordando le scelte terapeutico/diagnostiche con il Medico Geriatra della struttura.

Obiettivi del ricovero in RSA:

- Stabilizzazione terapeutica (trattamento ev/os/sc, titolazione farmaci)
- Monitoraggio clinico (su indicatori a basso grado di complessità: parametri clinici/vitali, bioumorali, ev strumentali (ECG, ecocardio, saturimetria, Rx, BIVA, BNP).
- Completamento Riabilitazione (coerente con quanto già eseguito in Pineta e quanto potrà essere proseguito in Riabilitazione ambulatoriale)
- Riattivazione - Mobilizzazione, pratiche antidecubito
- Assistenza dignitosa/confort alla fase terminale della vita (indicazioni su ACR/accanimento)

Protocollo di gestione in RSA del malato con scompenso cardiaco in terapia infusiva con Dobutamina

L'uso di farmaci inotropi positivi è indicato nei malati con scompenso cardiaco acuto e cronico riacutizzato con segni di bassa portata cardiaca con l'obiettivo di una stabilizzazione a breve termine. Pur non essendo stati dimostrati effetti favorevoli sulla sopravvivenza a medio-lungo termine, la terapia inotropica è presidio indispensabile come supporto al circolo nei malati con scompenso refrattario alla terapia standard, in fase di instabilità clinica maggiore e/o nei pazienti in cui siano falliti ripetuti tentativi di sospensione della terapia infusiva con inotropi positivi. In questi pazienti la mortalità è di circa il 50% ad un anno e supera l'80% nei pazienti dipendenti e non svezzabili dal supporto inotropo. L'infusione continua o intermittente di tali farmaci con pompa tradizionale o portatile viene quindi proposta come unico presidio di cura palliativo nei malati in fase terminale della malattia in assenza di valide opzioni terapeutiche alternative con lo scopo di permettere la dimissione dall'ospedale e la continuazione delle cure in RSA e/o nel proprio ambito familiare.

Popolazione di riferimento

Verranno proposti per una terapia infusiva periodica o continua in RSA con dobutamina malati ospedalizzati presso la S.C. di Cardiologia dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste con:

- scompenso cardiaco avanzato o "terminale" (malati in classe NYHA IIIb-IV, severa riduzione della frazione d'eiezione, eventuali segni di danno d'organo - disfunzione renale e/o epatica -);
- persistenza di severo impegno emodinamico nonostante terapia orale massimale;
- dipendenza dalla terapia inotropica transitoria (fase di instabilità clinica maggiore con segni di bassa portata in terapia standard ottimizzata) o persistente (dimostrata dopo il fallimento di almeno 2 tentativi di sospensione della terapia infusiva con dobutamina durante il periodo di ospedalizzazione);
- assenza verificata e documentata nella documentazione clinica di valide alternative terapeutiche.

Gli utenti con indicazione a terapia infusiva con dobutamina potranno provenire anche dal proprio domicilio, a patto che la terapia infusiva con dobutamina, ai dosaggi che andranno impiegati, sia stata già testata e tollerata senza effetti collaterali significativi in ambiente ospedaliero.

Modalità operative di attuazione del trattamento con farmaci inotropi (dobutamina ev) in RSA.

Durante il ricovero ospedaliero, verificata la severità clinica e la refrattarietà al trattamento medico standard ottimizzato, definita la severità della prognosi quoad vitam a breve termine sulla base delle indicazioni dei dati sanitari contenuti in cartella clinica e l'assenza di valide opzioni terapeutiche alternative, vengono poste indicazioni ad un programma di assistenza al paziente con infusione temporanea o continua di inotropi da proseguire in RSA.

Le indicazioni all'utilizzo in RSA di dobutamina ev, farmaco inotropo ad uso ospedaliero, vengono quindi poste, condivise e testate a livello ospedaliero durante la degenza presso la SC Cardiologia. Il trattamento in RSA con dobutamina va inteso come la naturale prosecuzione di un trattamento di supporto iniziato a livello ospedaliero dopo averne verificato la necessità, l'impossibilità al suo svezzamento durante la degenza e la sicurezza del trattamento (assenza di complicanze e/o eventi maggiori in corso di infusione del farmaco, attribuibili al farmaco stesso): la documentazione sanitaria relativa a quanto sopra esposto è contenuta nella cartella clinica ospedaliera del malato.

Se durante la degenza in RSA il paziente dovesse raggiungere una stabilità tale da consentire lo svezzamento dall'infusione di dobutamina, si imposterà programma di dimissione (PAI) con follow up Medico Infermieristico Assistenziale.

Come già detto gli utenti con indicazione a terapia infusiva con dobutamina potranno provenire anche dal proprio domicilio, a patto che la terapia infusiva con dobutamina, ai dosaggi che andranno impiegati, sia stata già testata e tollerata senza effetti collaterali significativi. Quindi anche in questo caso il trattamento con dobutamina va inteso come la prosecuzione di un trattamento di supporto iniziato a livello ospedaliero dopo averne verificato la necessità e la sicurezza del trattamento (assenza di complicanze e/o eventi maggiori in corso di infusione del farmaco, attribuibili al farmaco stesso). Tale indicazione va esplicitata nel referto cardiologico.

All'utente ed ai famigliari, previo documentato assenso del medesimo, viene data informazione in forma scritta sulla malattia e sul programma terapeutico proposto tramite apposito modello informativo. In particolare vanno chiariti gli aspetti legati alla prognosi infausta a breve termine ed agli obiettivi terapeutici di tipo palliativo del programma di assistenza, compreso quello previsto in RSA.

Al malato – e, previo documentato assenso del medesimo, alle persone da lui eventualmente indicate - viene data inoltre idonea spiegazione sulle modalità assistenziali previste, sulla sicurezza del trattamento e sui possibili effetti collaterali. L'assenso scritto del malato al programma proposto andrà riportata anche nella documentazione clinica del paziente.

Una volta che il malato ha manifestato in forma scritta il suo assenso ad essere assistito in RSA secondo le modalità descritte, durante la degenza, se appropriato, verrà posizionato un dispositivo port-a-cath in vena succlavia attraverso il quale, mediante pompa portatile, avverrà l'infusione continua di dobutamina (range di dosaggio 1.25-5 mcg/kg/min). In alternativa, ed in particolare per i cicli di trattamento temporaneo fino a stabilizzazione clinica, potrà essere usata una pompa infusiva tradizionale ed infuso il farmaco in vena periferica.

Nella cartella della RSA dovrà essere presente la lettera di dimissione dalla S.C. di Cardiologia e/o il referto del Cardiologo del CCV che deve riportare dettagliatamente una epicrisi sulla cardiopatia, che includa la valutazione di severità e la prognosi severa del malato, l'assenza di opzioni terapeutiche alternative, la prospettiva palliativa del trattamento impostato, la documentata tollerabilità e sicurezza del farmaco testata durante il ricovero ai dosaggi che verranno utilizzati in RSA oltre l'avvenuta adeguata informazione al malato e ai suoi famigliari con il loro assenso al programma e al ricovero presso RSA.

Degenza in RSA

All'accoglimento in RSA viene organizzato un incontro del personale sanitario Medico ed infermieristico della RSA con il Cardiologo del CCV per discutere e condividere lo stato clinico del malato, il piano assistenziale e terapeutico, i dosaggi e velocità di infusione della dobutamina ed i successivi controlli clinici, strumentali e bioumorali. Durante la degenza in RSA, la velocità d'infusione della dobutamina sarà impostata ed eventualmente modificata dal Cardiologo territoriale referente in accordo con il Medico Geriatra della RSA sulla base dei dosaggi testati durante la degenza in S.C. di Cardiologia e sulle necessità cliniche del paziente.

Le modifiche terapeutiche ed i programmi cardiologici successivi, saranno riportati sulla cartella clinica informatizzata Cardionet (e stampati ad ogni accesso come referto "Presa in carico" all'accoglimento, con tutti i dettagli del programma assistenziale e terapeutico, e come referto "Diario clinico cardiologico", durante gli accessi successivi), una copia dovrà essere presente nella Cartella della RSA.

Il percorso diagnostico terapeutico sarà concordato tra il Medico Geriatra della RSA ed il Cardiologo del CCV.

L'eventuale necessità di nuovo ricovero ospedaliero sarà dettata da motivi d'urgenza (es. nelle ore notturne e festivi) o sarà concordata tra cardiologo territoriale e il medico RSA.

Periodicamente verranno organizzate, in RSA, delle riunioni di epicrisi sul caso clinico a cui verranno invitati tutti gli operatori coinvolti nella gestione.

Cartella clinica informatizzata

Attivi Cardionet/E-Scribe per inserire direttamente in tempo reale le consulenze/aggiornamenti cardiologici ed interpretare gli ECG.

Dotazioni strumentali

Nessuna ad alta complessità. Da valutare, in un secondo momento, l'eventuale attivazione di sistema di telemedicina per trasmissione dati sanitari clinico-strumentali a bassa complessità.

Processo in caso di urgenza e necessità di trasporto in Pronto Soccorso

Verranno seguite le procedure già in atto presso la RSA San Giusto.

Il cardiologo referente e/o reperibile del Centro Cardiovascolare garantisce supporto clinico dalle 8.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì.

Il Cardiologo di guardia della Cardiologia AOUTS può essere contattato per refertazione ECG e o consulenza telefonica in caso di necessità al di fuori di questo orario (telefono UTIC 0403994877).

In caso di trasporto urgente in PS allegare alla documentazione lettera "diario clinico cardiologico", fotocopia "foglio terapia" e fogli "diario clinico infermieristico". In caso di ricovero presso la SC Cardiologia AOUTS la documentazione clinica cardiologica sarà comunque disponibile nel visualizzatore referti.

Formazione continua del personale per la gestione dei pazienti con patologie cardiovascolari.

A cura del CCV.

Carichi di lavoro

- Indicativamente massimo 2-3 pazienti accolti contemporaneamente (da valutare in relazione al carico assistenziale sanitario della RSA).
- Terapia ev
- Monitorizzazione quotidiana parametri clinici (PA, FC, SatO₂, peso, ...)
- Consulenza specialistica, eventuale ecocardio/BIVA, ecc a gestione del CCV
- Rx torace (in pazienti selezionati).
- ECG/Esami bioumorali (1-2/settimana)

Protocollo operativo per il cardiologo referente della gestione dei pazienti in RSA San Giusto

- In presenza di pazienti con cardiopatia complessa in carico si prevedono 1 accesso prestabilito/settimana; ulteriori accessi saranno stabiliti sulla base delle necessità cliniche da condividere caso per caso;
- Durante l'accesso in San Giusto:
 - Visita dei pazienti in carico + eventuali richieste estemporanee, previo accordo nei giorni precedenti all'accesso in RSA per le visite programmate (con successiva presa in carico se appropriato o chiusura del caso con semplice visita e referto su Cardionet)
 - Verifica diario clinico infermieristico (peso, PA, FC, SO₂) e della terapia; eventuali commenti/aggiornamenti/note da inserire sul diario clinico in Cardionet; l'aggiornamento della terapia si fa direttamente sul foglio terapia della RSA.
 - Refertazione ECG su E-Scribe (Cartella RSA San Giusto) e stampa;
 - Apertura di una unica "Visita fuori sede" su Cardionet
 - inserimento anamnesi (copia-incolla o "importa" essendo generalmente casi già noti); inserimento nei parametri funzionali di peso, h, PA, FC, NYHA, SO₂; aggiornamento diagnosi e terapia all'ingresso (es. inizio dobutamina); stampa modulo "Presa in carico RSA San Giusto";
 - aggiornamento diario visita per visita (data: stabile, EO, peso, ...) su "esame obiettivo"; inserimento dei dati di laboratorio essenziali (generalmente ingresso e fine aggiornando la data esame); non serve aggiornare la terapia su cardionet visita per visita (se non come breve commento nel testo libero del diario, es scalo dobutamina dal ...; prosegue diuretici ev); stampa del modulo "diario clinico RSA" (contiene anamnesi, parametri funzionali, diario clinico, diagnosi e programma); non contiene la terapia per non generare confusione rispetto alla terapia in corso); una seconda copia va trattenuta per la contattabilità 8-20 dal cardiologo referente o dal cardiologo reperibile con allegata fotocopia del foglio terapia dell'RSA;
 - a fine ricovero inserire una sintesi sulla casella sintesi (che comparirà sotto il diario clinico); inserire i dati in dimissione (profilo "ricovero RSA San Giusto")


con parametri vitali in dimissione, obiettivi raggiunti del piano riabilitativo, ecc, esami bioumorali in dimissione, terapia prescritta, programma post ricovero (SID, visite, riferimento Riabilitazione del Cardiopatico).

Contattabilità CCV: Se non contattabile direttamente il referente cardiologo per la RSA San Giusto del CCV, il cellulare dell'Ambulatorio Infermieristico (cell. 3290979497) e/o del cardiologo reperibile (cell. 3483969990) sono contattabili dalle 8 alle 20 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì, per consulto telefonico in caso di problemi/instabilizzazioni cliniche.

Dimissione

In caso di dimissione dalla RSA, si procederà:

- a formulare PAI con attivazione della rete territoriale di competenza
- a programmare follow up specialistico al domicilio.
- a consegnare dettagliata relazione clinica alla quale si allegherà l'ultima consulenza Cardiologica.

	<p style="text-align: center;">AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1</p> <p style="text-align: center;">DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI</p>	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 1 di 8

Assistenza Domiciliare

L'Assistenza Domiciliare (AD) trova molteplici e precisi riferimenti normativi, il più recente dei quali, ed anche più importante, è il decreto ministeriale sui LEA (livelli essenziali di assistenza – DPCM 29.11.2001 – GU 8.2.2002).

L'assistenza domiciliare si esplicita anche attraverso il Servizio Infermieristico Domiciliare (SID). Il Servizio costituisce un livello essenziale di assistenza, si fonda sul principio di migliorare la qualità di vita dei cittadini garantendo cure adeguate a domicilio, nella logica della continuità terapeutica ed assistenziale, in coerenza con i bisogni della persona accertati da una valutazione tecnica (monodimensionale o, se il caso è complesso, multidimensionale). Esso si realizza con un approccio globale ed unitario ai bisogni della persona, nel rispetto della sua dignità e libertà.

Il servizio infermieristico domiciliare (SID) è, in linea generale, da intendersi opzione assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero e con questo posto in linea diretta di continuità - contiguità assistenziale.

Il Servizio è erogato a favore di persone non autosufficienti, in genere anziane, ma non esclusivamente. Trattasi di persone con accertabile impossibilità ad essere trasportate nei luoghi di cura (ambulatori o centri sanitari distrettuali od ospedalieri, ecc.), a causa di gravi deficit cognitivi, sensoriali o motori, tali da rendere problematico ogni spostamento, oppure di persone con gravi oggettivi problemi logistici di difficile soluzione (es. abitazione con molte scale, trasporto difficile ed oneroso, ecc.).¹

Nell'organizzazione dei Distretti dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina, le cure domiciliari offerte dal Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) sono di competenza della Struttura Semplice Cure Ambulatoriali e Domiciliari².

Il Servizio Infermieristico Domiciliare

Il Servizio Infermieristico Domiciliare, è composto da infermieri e personale di supporto, è affiancato da terapisti della riabilitazione e da; medici dipendenti o convenzionati a seconda delle fasi temporali in cui si articola e può essere³:


- **di presa in carico** con Piano Assistenziale Individuale (PAI) quando prevede la presa in carico di assistiti con bisogni sanitari "complessi". Parte di questi assistiti, quando hanno raggiunto il massimo grado di autonomia possibile e sono stabilizzati, rientrano nei programmi di follow up dei Distretti (verifiche periodiche);

¹ ATTO AZIENDALE 2009, Manuale SID ARS FVG 2008

² ATTO AZIENDALE 2009

³ [I due livelli sono stabiliti dall'Agenzia Regionale della Sanità.](#)

Rev. 01 15.09.2004

	AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 2 di 8

- **occasionale o prestazionale** quando soddisfa bisogni sanitari “semplici” per mezzo di alcune prestazioni.

Chiunque può chiedere il Servizio, per se stesso o per un proprio conoscente⁴.; In caso di bisogno puramente infermieristico assistenziale, non è necessaria la richiesta del MMG. In ogni caso è assicurato il raccordo col medico curante.

La presa in carico persegue la finalità di assistere la persona in ambiente domestico, ricorrendo alle cure ospedaliere solo all’insorgere di fatti acuti non affrontabili a domicilio, prevenire e ridurre al minimo le complicanze derivanti dall’evoluzione della malattia, garantire la continuità assistenziale e supportare la persona e la famiglia nella fase avanzata o terminale della malattia.

In tale modo si assicura che la persona sia assistita in modo globale, con interventi unitari, coordinati e continuativi, affinché il SID sia reale **alternativa al ricovero ospedaliero**. Ciò si applica anche alle strutture residenziali previste dalla normativa regionale.

Come previsto dal **DPCM 29.11.2001** “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, **questo livello assistenziale (SID continuato), al pari di quello ospedaliero, non comporta alcun onere per l’assistito**. Per questo, ed in considerazione dell’alto costo organizzativo, è essenziale mantenere elevato il grado di appropriatezza delle richieste, nonché di efficacia ed efficienza del Servizio.

La presa in carico comprende l’iniziale cura e protezione del malato e contemporaneamente avvia l’istruzione - educazione dell’assistito, abilità conservate della persona e quelle attivabili anche in seno alla sua famiglia, facilita la costruzione di una *rete relazionale ed assistenziale*⁵ idonea a rispondere alle sue necessità. Essa prevede quindi momenti di educazione alla salute e addestramento per l’acquisizione di tecniche ed abilità specifiche da parte dell’assistito e/o dei *care givers*⁶ (self care). Ha la finalità di renderli maggiormente responsabilizzati, di porli in grado di raggiungere il più elevato grado possibile di autonomia nel gestire la malattia, nel corrispondere alle necessità assistenziali e prevenire ogni forma di istituzionalizzazione o di ricovero improprio.


La presa in carico prevede la formulazione del piano assistenziale personalizzato a cura dell’infermiere *case manager*⁷ che lo realizza con la partecipazione dell’assistito, i suoi *care givers*, il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta e, al caso, in raccordo con altri servizi, la teleassistenza e telesoccorso e le associazioni di volontariato.

⁴ La richiesta formale di accesso al servizio è disciplinata dall’Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale.

⁵ La *rete* può essere costituita da familiari, amici, dal vicinato, da Servizi del Servizio Sociale di Base, da volontari, da operatori del settore privato sociale e/o commerciale.

⁶ Per care giver si intende la persona che si prende cura dell’assistito anche se non vincolato da legami parentali, può partecipare al piano assistenziale e incoraggiare l’assistito a raggiungere il maggior grado di autonomia possibile.

⁷ Il case manager è il regista del piano assistenziale ma anche l’infermiere di famiglia nell’accezione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

	<p style="text-align: center;">AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1</p> <p style="text-align: center;">DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFIERMISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI</p>	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 3 di 8

Per la realizzazione del piano assistenziale, l'Infermiere *case manager* si avvale di strumenti di valutazione e protocolli validati da organismi competenti e da istruzioni operative.

In situazioni di bisogno sociale dell'assistito e dei suoi familiari, l'infermiere *case manager* attiva anche il servizio sociale. Se sussiste contemporaneamente un bisogno di tipo sanitario e sociale, sono richiesti di conseguenza interventi multiprofessionali inscindibilmente legati; il caso è quindi definito "caso complesso" necessitante di **interventi** integrati di tipo **sociosanitario**: in questo caso l'**assistenza domiciliare** è propriamente definita "**integrata**".


L'infermiere *case manager* è, di fatto, l'**infermiere di famiglia**, ovvero il punto di riferimento e raccordo dei bisogni del nucleo familiare.

L'infermiere di famiglia - *case manager*:

- **valuta i bisogni** (sociosanitari) attraverso un colloquio/intervista con l'assistito e/o i familiari, il confronto con gli altri professionisti del caso, la presa visione della documentazione clinica dell'assistito e della diagnosi medica, l'osservazione dei segni, sintomi e del comportamento dell'assistito, l'osservazione delle condizioni del contesto abitativo, l'utilizzo di schede/scale di valutazione (mono o multidimensionale, ad es. scheda Norton - Stotts per la valutazione del rischio di LDD, la ValGraf, ecc.);
- **formula il piano assistenziale** che condivide con l'utente e gli altri professionisti del caso; in esso esplicita i bisogni dell'assistito (nei tre ambiti : sanitari, socioassistenziali, sociosanitari), la diagnosi infermieristica, gli obiettivi assistenziali e le azioni necessarie a perseguirli, la prescrizione terapeutica, la tipologia degli interventi e le figure professionali coinvolte, la frequenza degli accessi degli operatori, gli eventuali trattamenti terapeutici particolari, gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi biomedicali, la durata presumibile degli interventi assistenziali, programma le modalità e la tempistica delle verifiche, definisce gli esiti attesi.

Per la presa in carico si utilizza la **cartella AD** quale strumento informativo interdisciplinare che contiene, se previsto, la richiesta formale di attivazione del Servizio da parte del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta, oltre al piano assistenziale, alla documentazione sanitaria dell'assistito, alla registrazione degli interventi degli operatori e dei care givers coinvolti e ad ogni altro documento utile alla pianificazione assistenziale.

Il **Servizio occasionale** è caratterizzato da prestazioni occasionali semplici, anche ripetute nel tempo, senza la predisposizione di un piano assistenziale (valutazioni, counselling, prelievi, rimozione suture, medicazioni ed iniezioni), accertata l'impossibilità del malato a recarsi presso le strutture sanitarie. Gli assistiti non rientrano in alcun processo di follow up.

	AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 4 di 8

Prestazioni SID

Le prestazioni, di seguito elencate, sono erogate se:

- a) prescritte dal Medico di Medicina Generale e dal Pediatra di Libera Scelta su modulo del Servizio Sanitario Regionale (mod. PRP del SSR) o sulla cartella del servizio (cartella AD). In caso di prestazioni diagnostiche e specialistiche è indispensabile che la prescrizione sia formulata su PRP del Servizio Sanitario Regionale;
- b) la prescrizione motiva la necessità che le prestazioni richieste debbano essere eseguite a domicilio.

❖ Monitoraggio del processo assistenziale – verifica degli esiti

Il piano assistenziale di ogni assistito prevede momenti di verifica con il confronto tra gli obiettivi attesi e quelli osservati ed il monitoraggio continuo del processo assistenziale progettato. L'Infermiere per svolgere questa attività si avvale di molteplici strumenti di valutazione riconosciuti dalla comunità scientifica come validi ed efficaci.

❖ Rilevazione parametri vitali

L'intervento è finalizzato alla valutazione dei parametri vitali nei soggetti con funzioni fortemente compromesse o in particolare momenti di instabilità all'interno del progetto assistenziale. Restando fondamentale l'obiettivo dell'autogestione della malattia da parte dell'assistito, si effettueranno tutte le azioni necessarie all'iniziale protezione del caso, e alla successiva istruzione e formazione degli stessi utenti o delle persone che li assistono.


⊞ Terapia farmacologica parenterale

Nell'ambito dei piani assistenziali concordati con i MMG e PLS, il Servizio Infermieristico Domiciliare interviene per la somministrazione parenterale di farmaci qualora non sia possibile e/o efficace l'alternativa per via orale.

Nelle terapie continuative (ad es. insulina, eparina s.c.), previa valutazione del caso e delle risorse disponibili, si metteranno in atto tutte le azioni necessarie alla iniziale protezione del caso e alla concomitante istruzione e formazione dell'assistito e dei *care givers*.

Le terapie iniettive che possono comportare un **aumentato rischio** sono somministrate dal medico o sotto controllo medico (ad es. ferro, sangue, emoderivati, *goserelin*: impianto a rilascio prolungato).

E' **esclusa** dalle prestazioni iniettive del servizio la somministrazione di chemioterapici, farmaci OSP e farmaci a totale carico dell'assistito (questi ultimi salvo eccezioni motivate). Per la perfusione continua di liquidi, il servizio interviene qualora esista a domicilio un care giver al quale possa essere affidata, previa istruzione, la sorveglianza ed il cambio

	<p style="text-align: center;">AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1</p> <p style="text-align: center;">DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI</p>	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 5 di 8

eventuale dei flaconi. Per l'esecuzione dell'aerosol terapia il servizio interviene esclusivamente con la finalità di educare l'assistito e/o chi lo assiste all'autogestione.

❖ **Monitoraggio della terapia anticoagulante orale**

Per la terapia anticoagulante orale a domicilio si effettua, di norma, il prelievo capillare anziché venoso e si utilizza il coagulometro portatile.

La programmazione della frequenza dei controlli è concordata con il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta nell'ambito del piano terapeutico.

La prescrizione deve essere corredata di diagnosi e *range* terapeutico in cui mantenere i valori di indice di protrombina. L'esecuzione della prestazione è strettamente legata alla disponibilità del prescrittore a rendersi contattabile in tempo reale per l'aggiornamento della terapia.

❖ **Monitoraggio terapia farmacologica orale**

Alla somministrazione della terapia orale provvede autonomamente l'assistito con l'eventuale supporto del care giver, salvo un eventuale breve periodo iniziale di istruzione - educazione, ove necessario. Al fine di garantire la corretta assunzione di farmaci a basso indice terapeutico, in soggetti a rischio di omissione, sovra o sottodosaggio, l'infermiere case manager attiva il servizio telefonico "*agenda farmaci*" istituito nell'ambito della convenzione aziendale per il telesoccorso e telecontrollo.

❖ **Ossigenoterapia**

Il servizio è attivato prioritariamente/prevalentemente allo scopo di addestrare l'assistito e il care giver a provvedere in modo autonomo, e in sicurezza, all'uso dei presidi.

Nell'ambito dei piani assistenziali personalizzati concordati con il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e lo specialista pneumologo può essere richiesta la rilevazione dei parametri forniti dalla saturimetria e spirometria.

❖ **Nutrizione artificiale a domicilio**


Il Team nutrizionista ospedaliero avvia inizialmente le cure e provvede alla formazione dei *care giver* in regime di ricovero ospedaliero, attiva il Servizio Infermieristico Domiciliare con il quale collabora assieme al Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta nell'erogazione della prestazione e nel monitoraggio.

❖ **Gestione di catetere venoso centrale e/o Port-a-cath**

L'intervento del servizio è finalizzato ad avviare l'assistenza e consentire il raggiungimento del maggior grado di autonomia possibile da parte dell'assistito e/o del *care giver*, previa valutazione del caso e delle risorse disponibili.

I lavaggi sono effettuati secondo protocolli o indicazioni consolidate delle strutture che hanno posizionato l'accesso (es. CRO di Aviano, Istituto Burlo Garofolo, C.S.O., ARTA),

Rev. 01 15.09.2004

	AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 6 di 8

su richiesta ed in collaborazione con Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

❖ **Elettrocardiogramma**

E' effettuato solo in presenza di prescrizione completa, corredata da obiettività clinica, diagnosi e terapia in atto, motivando la necessità che la prestazione debba essere eseguita a domicilio.

L'elettrocardiogramma è eseguito soltanto previa visita del MMG nell'ambito di piani assistenziali per soggetti già in carico, oppure per assistiti occasionalmente, di preferenza se candidati ad una presa in carico continuativa.

❖ **Prelievi ematici o di altri campioni biologici**

Qualora non sia possibile la consegna della prescrizione presso il servizio del Distretto, la stessa può pervenire, previo contatto telefonico, anche via telefax o e-mail purché (per consentirne la corretta programmazione ed esecuzione) siano chiaramente leggibili i seguenti dati:

- anagrafici
- banda a lettura ottica della richiesta
- analisi richieste.

Le prescrizioni **urgenti** sono concordate dal Medico di Medicina Generale e dal Pediatra di Libera Scelta con il personale infermieristico del servizio. Per *urgente* si intende il prelievo che deve essere effettuato entro 24 ore.


❖ **Determinazione glicemica da prelievo capillare**

Dato la rilevanza ed il valore dell'autocontrollo nei soggetti diabetici, anche quelli seguiti a domicilio devono essere istruiti ad apprendere la metodica e provvedere autonomamente o con il supporto del care giver al controllo della glicemia. Solo in casi selezionati, ove l'intervento educativo è inattuabile, il servizio effettua i controlli periodici concordati con il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta ed al medesimo comunica il risultato dell'esame per l'eventuale aggiornamento della terapia. Di norma riguarda quindi soggetti con diabete in fase di instabilità e conseguente necessità di stretta sorveglianza e continue variazioni di terapia.

❖ **Medicazione, fasciature, bendaggi**

Il servizio può essere attivato in caso di rimozione suture e medicazione di lesioni della cute. Nell'ambito di una pianificazione condivisa con il medico, previa valutazione del caso e quando la situazione lo consenta, gli interventi mirano ad istruire l'assistito e/o il *care giver* all' automedicazione. In tal caso, il servizio interviene per una periodica valutazione fungendo da raccordo con il medico e con gli specialisti coinvolti.

Rev. 01 15.09.2004

	AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 7 di 8

❖ **Gestione stomie**

Il servizio assicura la prestazione per lo stretto tempo necessario al raggiungimento della piena autonomia del soggetto e/o del *care giver*. E' pertanto opportuno che l'educazione all'autogestione della stomia inizi già in regime di ricovero ospedaliero.

❖ **Cateterismi vescicali**

I soggetti con catetere a permanenza sono inseriti nel progetto sul monitoraggio e prevenzione dell'incontinenza, in accordo con il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta. Sono garantite le sostituzioni del catetere secondo la tipologia del presidio. Per i cateterismi ad intermittenza il servizio si attiva allo scopo di addestrare ed educare l'assistito e/o il *care giver*, per il tempo utile al raggiungimento della manualità necessaria a provvedere in modo autonomo.

❖ **Clismi**

Possono essere eseguiti esclusivamente in casi selezionati da anamnesi infermieristica, su motivata prescrizione del Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta. Non si effettuano i clismi di pulizia per la preparazione ad indagini radiologiche.

Riferimenti legislativi, atti dell'Azienda e documentazione di riferimento

L. n. 833/78 art. 25 e P.O. Anziani.

L. n.42 del 26.02.1999 su "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".

Dpr 22.07.1996 n. 484 – A.C.N. disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Dpr 28.07.2000 n. 270 all. G e H - A.C.N. disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Dpr 24.12.1992 Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Dpcm 29.11. 2001 "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria".

Dpr 01.03.1994 "Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 94/96".

Dpr 14 settembre 1991 Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate.


Decr. 14.09.1994 n. 739 sui profili professionali.

L.R. 19.05.1998 n.10 "Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'art.37/95 in materia di procedure per interventi sanitari e socio – assistenziali".

Il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con risoluzione delle Commissioni Affari Sociali della Camera e di Igiene e Sanità del Senato il 30.01.92" e successivamente recepito dal DPR 1.3.94.

Prov. 8 marzo 2001 Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee - guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia.

Rev. 01 15.09.2004


	<p style="text-align: center;">AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1</p> <p style="text-align: center;">DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI</p>	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 8 di 8

Linee guida ministero Sanità, giugno 1996 Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale in applicazione di quanto previsto nel PSN per il triennio 1994-96, relativo all'azione programmata Prevenzione e cura delle malattie oncologiche concernente l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia.

Aggiornamenti normativi nazionali e regionali sulle palliative:

Le linee guida relative , di riferimento alle attività coinvolte nel progetto obiettivo tutela la salute degli anziani di cui alla nota ministeriale n. 13754 del 7.8.92.


Codice Deontologico IPASVI – gennaio 2009.

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 1 di 6	

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI
4. RESPONSABILITÀ
5. MODALITÀ ESECUTIVE
6. RIFERIMENTI
7. ARCHIVIAZIONE
8. ALLEGATI

			DSRI	RQ	DG
Rev.	Data	Causale	Redazione	Verifica	Approvazione
01	27.01.2005	Pag. 6 allegati			

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 2 di 6	

1 SCOPO

SID continuato (SID – COMPL):

- prendere in carico assistiti con bisogni sanitari “complessi” ed erogare l’assistenza a bassa intensità (AD – ADI _ B) e a medio-alta intensità (ADI _ M/A). Parte di questi assistiti, quando hanno raggiunto il massimo grado di autonomia possibile e sono stabilizzati, rientrano nei programmi di follow up dei Distretti (verifiche periodiche).
- e supportare la persona e la famiglia nella fase avanzata o terminale della malattia.


SID occasionale (SID – SEMPL): erogare prestazioni una tantum che richiedono meno di un accesso mensile a domicilio.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Servizio è erogato a tutti i cittadini senza limiti di età non autosufficienti, in genere anziane, ma non esclusivamente. Trattasi di persone con accertabile impossibilità ad essere trasportate nei luoghi di cura (ambulatori o centri sanitari distrettuali od ospedalieri, ecc), a causa di gravi deficit cognitivi, sensoriali o motori, tali da rendere problematico ogni spostamento, oppure di persone con gravi oggettivi problemi logistici di difficile soluzione (es. abitazione con molte scale, trasporto difficile ed oneroso, ecc.).

3 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

AD	Assistenza Domiciliare
H	Ospedale
INF	INFermiere
INF CM	INFermiere Case Manager
LDD	Lesioni Da Decubito
MMG	Medico di Medicina Generale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
D RI	D Responsabile Infermieristico
SID	Servizio Infermieristico Domiciliare
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UO	Unità Operativa
SIDACC	Procedura di ACCoglienza della domanda
SID – COMPL	Servizio Infermieristico continuato
SID – SEMPL	Servizio Infermieristico occasionale
INF Case Manager	è il regista del programma assistenziale (l’infermiere di famiglia) SID continuato.

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 3 di 6	

Cartella AD è lo strumento informativo multidisciplinare del SID continuato.

Documento SID è il documento su finalità, obiettivi e attività del SID.

SIR/ARS sistema informativo/co dell'Agazia Regionale della Sanità del FVG:

4 RESPONSABILITÀ

D RI è responsabile della programmazione e gestione delle risorse, della verifica dell'erogazione del SID continuato e occasionale, dei dati e della conservazione della documentazione di servizio.

MMG è responsabile dell'attivazione del servizio e del piano di cura (assistito adulto).

PLS è responsabile dell'attivazione del servizio e del piano di cura (assistito in età pediatrica).

INF CM **in caso di SID continuato** è responsabile della stesura, realizzazione e verifica del piano assistenziale, del raccordo col MMG o PLS e/o dell'attivazione di altri servizi o risorse territoriali (servizi sociali, teleassistenza, parenti, vicini, associazioni di volontariato).

INF **in caso di SID continuato** è corresponsabile (nel momento in cui eroga la prestazione a domicilio) con l'INF CM nella realizzazione e verifica del piano assistenziale nonché del raccordo con MMG o PLS e/o dell'attivazione di altri servizi o risorse territoriali (servizi sociali, teleassistenza, parenti, vicini, associazioni di volontariato).

In caso di SID occasionale è responsabile dell'erogazione della prestazione a domicilio.

E' responsabile dell'inserimento dei dati degli assistiti del SID nel SIR/ARS

5 MODALITÀ ESECUTIVE


L'erogazione del SID continuato e occasionale è subordinata alla richiesta formale, formulata su ricettario regionale e/o su altra modulistica concordata, da parte del MMG/PLS.

La richiesta formale di cui sopra:

- fa parte della documentazione della cartella AD nel caso in cui il SID è continuato;
- fa parte della documentazione del Centro di Prenotazione Unico distrettuale (CUP) se il SID è occasionale.

SID continuato

L'INF CM concorda con l'assistito o un suo familiare la prima visita a domicilio per la valutazione dei bisogni. Discute il caso con il MMG/PLS a domicilio dell'assistito, se la visita è congiunta, o telefonicamente. Elabora il piano di assistenza, individua i care givers

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 4 di 6	

quale punto di riferimento per la cogestione delle attività assistenziali di supporto (l'igiene della persona e dell'ambiente, la dieta, ecc.).

In occasione del primo accesso a domicilio lo informa sul numero telefonico del SID che deve utilizzare in caso di mancata prestazione come da piano assistenziale e per ogni altra evenienza.

L'INF CM e/o l'INF a domicilio dell'utente attua gli interventi programmati, eroga le prestazioni, rileva le variazioni di ordine clinico - assistenziale e relazionale, modifica il piano di assistenza secondo le necessità dell'assistito, attiva il MMG/PLS nel caso in cui si manifestino sintomi che attestino variazioni dello stato clinico dell'assistito tali da richiederne una valutazione integrata.

Quando si evidenzia la necessità, propone al MMG/PLS la consulenza di specialisti, la fornitura di presidi/ausili e di apparecchi elettromedicali. Inserisce i dati degli assistiti nel SIR/ARS. Assicura l'inserimento dei dati nel SIR/ARS.

Il MMG/PLS annota la prestazione e/o le variazioni delle prescrizioni terapeutiche nella cartella AD o su ricettario del SSR o su carta intestata d'uso personale.

La chiusura del SID (della presa in carico) avviene quando l'assistito:

- ha raggiunto il massimo grado di autonomia possibile ed è stabilizzato e non necessita di follow up, in questo caso l'INF CM, previa valutazione, propone la chiusura del SID continuato al MMG/PLS;
- è deceduto;
- è trasferito ad altro servizio o fuori provincia.


SID occasionale

L' INF comunica all'utente:

- il giorno e la fascia oraria in cui riceve la prestazione a domicilio;
- la preparazione necessaria ad una corretta riuscita dell'esame;
- il giorno, il luogo e la fascia oraria per il ritiro delle risposte;
- il numero telefonico del SID da utilizzare in caso di mancata prestazione.

L'INF del SID esegue i prelievi biologici soggetti a partecipazione della spesa da parte dell'assistito e quelli ripetitivi nel tempo per garantire il monitoraggio clinico e farmacologico in raccordo con il MMG/PLS, viceversa gli stessi sono effettuati in outsourcing (con un istituto convenzionato) quando sono gratuiti ed una tantum. Assicura l'inserimento dei dati nel SIR/ARS.

Il SID documenta in agenda la programmazione di tutte le prestazioni occasionali a domicilio e, solo per le prestazioni in outsourcing, conserva copia della richiesta del medico.

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 5 di 6	

6 RIFERIMENTI

Riferimenti legislativi, atti dell'Azienda e documentazione di riferimento

L. n. 833/78 art. 25 e P.O. Anziani.

L. n.42 del 26.02.1999 su “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.

Dpr 22.07.1996 n. 484 – A.C.N. disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Dpr 28.07.2000 n. 270 all. G e H - A.C.N. disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Dpr 24.12.1992 Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Dpcm 29.11. 2001 “Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria”.

Dpr 01.03.1994 “Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 94/96”.

[Dpr 14 settembre 1991](#) Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate.

Decr. 14.09.1994 n. 739 sui profili professionali.

L.R. 19.05.1998 n.10 “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'art.37/95 in materia di procedure per interventi sanitari e socio – assistenziali”.

D.G.R. 9 marzo 2001 n. 712, BUR 26 marzo 2001- tariffario regionale.

Il progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani” approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con risoluzione delle Commissioni Affari Sociali della Camera e di Igiene e Sanità del Senato il 30.01.92” e successivamente recepito dal DPR 1.3.94.

Prov. 8 marzo 2001 Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia.


[Linee guida ministero Sanità, giugno 1996](#) Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale in applicazione di quanto previsto nel Psn per il triennio 1994-96, relativo all'azione programmata Prevenzione e cura delle malattie oncologiche concernente l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. (Stralcio).

Le linee guida relative , di riferimento alle attività coinvolte nel progetto obiettivo tutela la salute degli anziani di cui alla nota ministeriale n. 13754 del 7.8.92.

Delibera n. C6-U33 del 31.12.1999 del Direttore generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Regolamento del Distretto dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 “Triestina”.

Delibera n. D27 del 13.01.2001 del Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Progetto obiettivo Anziani elaborato nell'ambito del Forum Anziani.

Codice Deontologico – febbraio 1999.

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 6 di 6	

7 ARCHIVIAZIONE

Il documento SID e le istruzioni operative (linee guida e protocolli operativi, istruzioni ecc.) sono conservati nelle sedi dell'u.o. "Cure Primarie" di ogni distretto.

La documentazione clinica è conservata nella cartella AD dell'assistito.

La richiesta formale su ricettario regionale, e/o su altra modulistica concordata, del MMG/PLS di erogazione del SID fa parte:

- della documentazione della cartella AD nel caso in cui il SID è continuato;
- della documentazione del Centro di Prenotazione Unico distrettuale (CUP) se il SID è occasionale.

In caso di erogazione del SID occasionale in outsourcing copia della richiesta formale è conservata nell'apposito raccoglitore SID, l'originale è conservato dall'istituto convenzionato erogatore.

Il modulo di accoglienza è conservato:

- in cartella se SID continuato;
- nell'apposito raccoglitore se il SID è occasionale.

I dati degli assistiti fanno parte del Sistema Informatico/co dell'Azienda e dell'ARS del FVG.

8 ALLEGATI

- DIAGRAMMA DI FLUSSO
- DOCUMENTO SID → [DOCUMENTO AD def.doc](#)


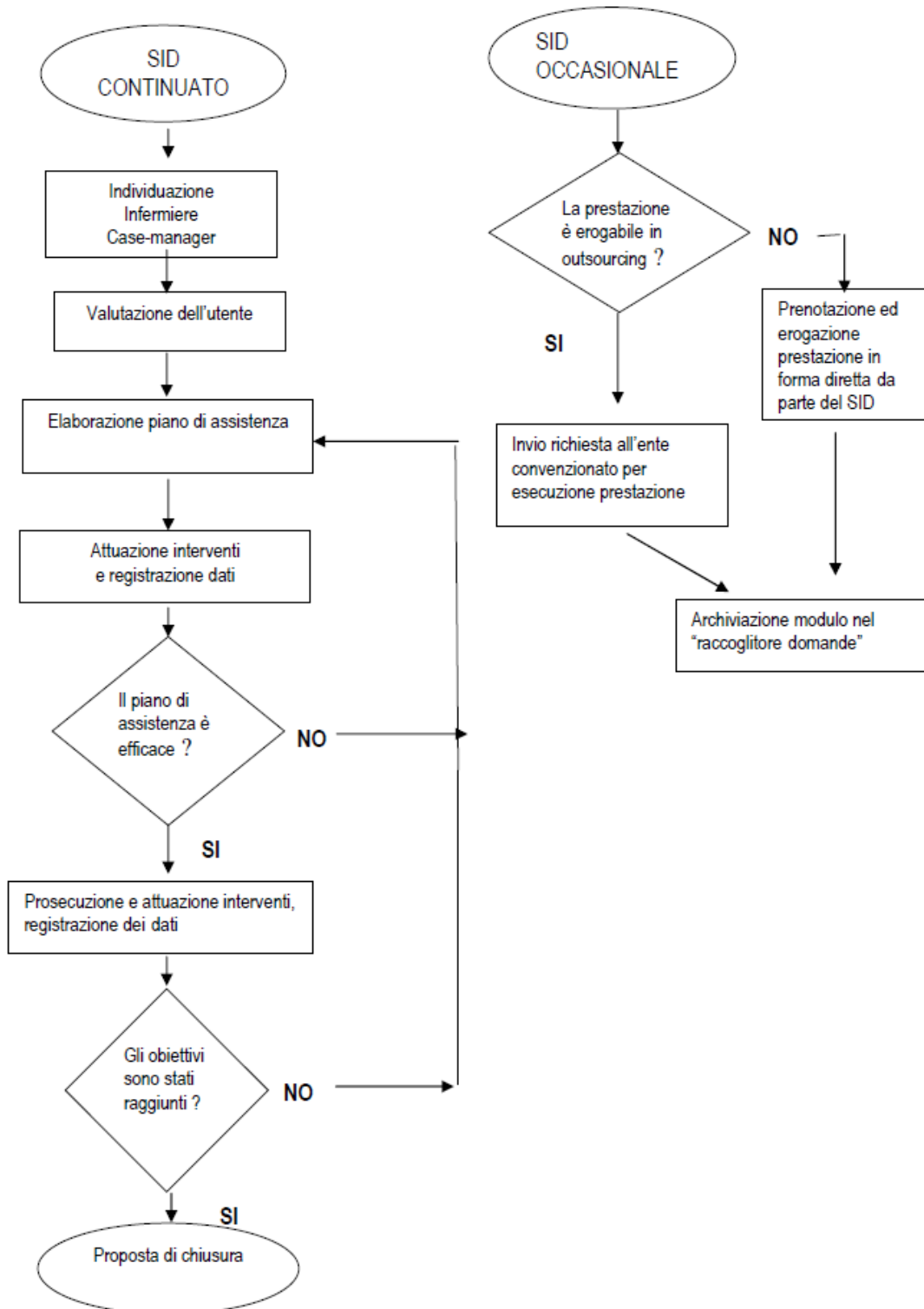

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Allegato 1	

DIAGRAMMA DI FLUSSO




	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 1 di 5	

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI
4. RESPONSABILITÀ
5. MODALITÀ ESECUTIVE:
 - 5.1 accoglienza domanda
 - 5.2 valutazione domanda
 - 5.3 attivazione cure/invio domande non accolte
 - 5.4 archiviazione richiesta
- 6 RIFERIMENTI
- 7 ARCHIVIAZIONE
- 8 ALLEGATI

			DSRI	RQ	DG
Rev.	Data	Causale	Redazione	Verifica	Approvazione
01	27.01.2005	Pag. 5 allegati			

	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 2 di 5	

1 SCOPO

assicurare la risposta ad ogni domanda di SID continuato e occasionale.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

- riguarda tutte le richieste di attivazione di SID;
- competente è la sezione accoglienza domande della U.O. Cure Primarie e Domiciliari.


3 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

AD	Assistenza Domiciliare
AS	Assistente Sociale
D RI	D Responsabile Infermieristico
H	Ospedale
INF	INFermiere
IG	Infermiere Generico
MMG	Medico di Medicina Generale
MD	Medico di Distretto
OTA	Operatore Tecnico dell'Assistenza
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PA	Personale Addetto (INF, OTA, OSS,MD, D RI, AS)
SID	Servizio Infermieristico Domiciliare
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UO	Unità Operativa

Care Giver: persona che si prende cura dell'assistito, anche non vincolato da legami parentali. Può interagire con il programma assistenziale e partecipare al self-care.

Assistenza Domiciliare: sistema coordinato, d'attività sanitarie integrate con interventi di natura socio -assistenziale, diretto a curare, assistere e riabilitare la persona malata al proprio domicilio.

Documento SID: documento su principi e attività del Servizio Infermieristico Domiciliare.

	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 3 di 5	

4 RESPONSABILITÀ

D RI	è responsabile della documentazione archiviata
MMG	è responsabile della corretta compilazione del modulo di richiesta
PLS	è responsabile della corretta compilazione del modulo di richiesta
INF	è responsabile della accettazione della domanda, della corretta valutazione della stessa secondo quanto previsto dal documento A.D., della corretta comunicazione della domanda al MMG
MD	è responsabile della corretta comunicazione della domanda al MMG/PLS per casi ad alta complessità clinica
PA	è responsabile dell'accettazione della domanda


5 MODALITÀ ESECUTIVE

premesse che:

- ✓ la domanda di assistenza domiciliare può essere effettuata dal MMG, PLS, H, care givers, enti locali, altre istituzioni, altre UO distrettuali, volontariato, ecc.;
- ✓ la domanda è accolta a mezzo telefono, telefax, posta elettronica, richiesta verbale diretta e richiesta scritta;
- ✓ dell'accettazione si occupa la sezione accoglienza dell' UO Cure Primarie e Domiciliari e l'infermiere reperibile per accoglienze codificate con precise istruzioni operative;
- ✓ i tempi per l'accettazione variano a seconda del mezzo di inoltro: 24 ore al giorno per le richieste a mezzo telefax e posta elettronica; la domanda diretta, telefonica e scritta nei luoghi e tempi illustrati dal depliant aziendale dei distretti.

L'esecuzione della procedura (semplificata nell'allegato flussogramma) prevede:

- 5.1 il PA accoglie qualsiasi domanda giunta con qualsiasi mezzo, anche quella pervenuta nelle ore precedenti l'apertura dello sportello; la registra sul modulo apposito e nel più breve tempo possibile la consegna all'INF per la valutazione;
- 5.2 l' INF valuta la richiesta, se necessario anche con visita diretta dell'assistito, ne verifica l'appropriatezza in base ai criteri previsti dal documento SID e per casi di difficile interpretazione clinica, può richiedere l'intervento del Medico di Distretto;
- 5.3 in caso di non idoneità l'INF inoltra la domanda alla struttura di competenza per la risoluzione del quesito e archivia e conserva il modulo in apposito cartolaio. Dopo un anno, il D RI la elimina;
- 5.4 in caso di idoneità, si dà il via all'attivazione del SID, di concerto con il MMG o il PLS che redigono la richiesta sul ricettario convenzionato SSR o su altra modulistica concordata con l'Azienda; in caso di impossibilità di contatto con il MMG o PLS, l'attivazione è concordata in via provvisoria tra INF e MD;
- 5.5 Le domande accolte sono consegnate all'infermiere CM; quelle non accolte sono conservate nell' UO a cura del D RI per un anno e poi eliminate.

	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 4 di 5	

6 RIFERIMENTI

il DPR 24.12.92 Definizione dei livelli essenziali di assistenza

il Dpcm 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria”

il DRP 1.03.94 “Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 94/96”

il progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con risoluzione delle Commissioni Affari Sociali della Camera e di Igiene e Sanità del Senato il 30.01.92” e successivamente recepito dal DPR 1.3.94

Prov. 8 marzo 2001 Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia.

[Linee guida ministero Sanità, giugno 1996](#) Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale in applicazione di quanto previsto nel Psn per il triennio 1994-96, relativo all'azione programmata Prevenzione e cura delle malattie oncologiche concernente l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. (Stralcio)

[Dpr 14 settembre 1991](#) Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate.

le linee guida relative , di riferimento alle attività coinvolte nel progetto obiettivo tutela la salute degli anziani di cui alla nota ministeriale n. 13754 del 7.8.92

la legge regionale 19.05.1998 n.10 “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'art.37/95 in materia di procedure per interventi sanitari e socio – assistenziali”.

la delibera n. C6-U33 del 31.12.1999 del Direttore generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Regolamento del Distretto dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 “Triestina”

la delibera n. D27 del 13.01.2001 del Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Progetto obiettivo Anziani elaborato nell'ambito del Forum Anziani

il Profilo Professionale – decr. 14.09.1994 n. 739

il Patto Infermiere- Cittadino

la legge n.42 del 26.02.1999 su “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”


il Codice Deontologico – febbraio 1999

documento SID.

DPR 22.07.96 n. 484 – A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale


7 ARCHIVIAZIONE

Le domande accolte sono consegnate all'infermiere CM; quelle non accolte sono conservate nell' UO a cura del D RI per un anno e poi eliminate.

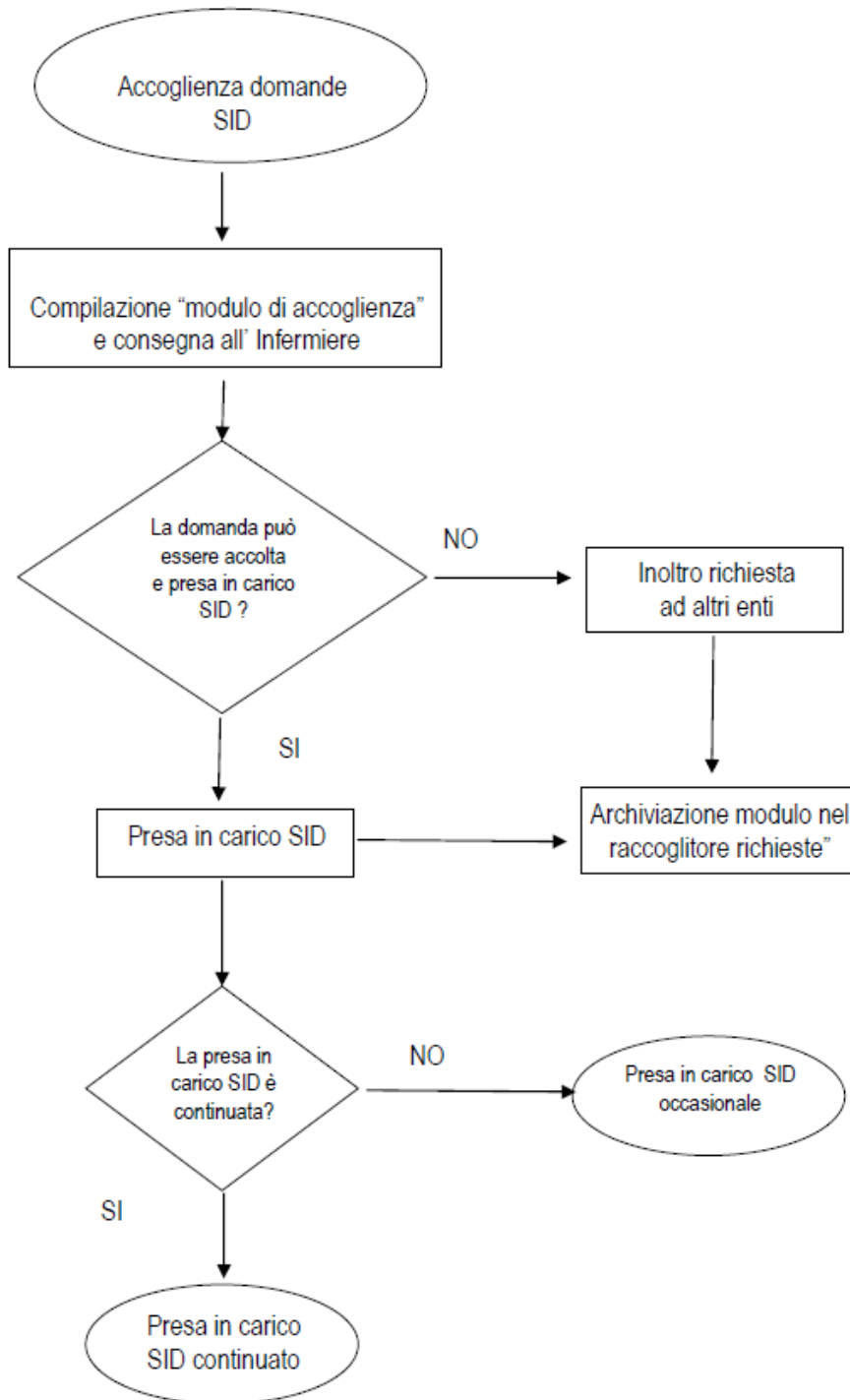
	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 5 di 5	


8 ALLEGATI

- FLUSSOGRAMMA
- MODULO REGISTRO DOMANDE → [MODULO ACCOGLIENZA DOMANDA 2.doc](#)
- DOCUMENTO SID → [DOCUMENTO SID def.doc](#)

	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Allegato 1	

Flussogramma




	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 1 di 5	

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI
4. RESPONSABILITÀ
5. MODALITÀ ESECUTIVE
6. RIFERIMENTI
7. ARCHIVIAZIONE
8. ALLEGATI

Rev.	Data	Causale	DSRI Redazione	RQ Verifica	DG Approvazione
01	27.01.2005	Pag. 5 allegati			

	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 2 di 5	

1 SCOPO

SID continuato:


- chiudere il caso quando l'assistito stabilizzato ha raggiunto il massimo grado di autonomia possibile e non necessità di follow up;
- chiudere il caso per decesso o per trasferimento dell'assistito ad altro servizio o fuori provincia.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutti gli assistiti del SID previsti dalla procedura SIDPC

3 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

AD	Assistenza Domiciliare
CARE GIVER	persona che si prende cura dell'assistito, anche se non vincolato da legami parentali, può prendere parte al programma assistenziale ed incoraggiare l'assistito al self care.
DOCUMENTO SID	documento concernente i principi e le attività del Servizio Infermieristico Domiciliare
D RI	D Responsabile Infermieristico
H	Ospedale
INF	INF ermiere
INFCM	INF ermiere C ase M anager
MMG	M edico di M edicina G enerale
PAI	P iano A ssistenziale I ndividuale
PLS	P ediatra di L ibera S celta
SID	S ervizio I nfermieristico D omiciliare
SSR	S ervizio S anitario R egionale
UO	U nità O perativa
SIR/ARS	sistema informativo/co dell'Agenda Regionale della Sanità del FVG:

	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 3 di 5	

4 RESPONSABILITÀ

- D RI** è responsabile dell'archiviazione della cartella
- MMG** è responsabile della chiusura del PAI (per la popolazione adulta)
- PLS** è responsabile della chiusura del PAI (per la popolazione in età pediatrica)
- INF CM** in caso di **SID continuato** è responsabile:
della proposta di chiusura del SID al MMG/PLS formulata sulla base della valutazione delle condizioni dell'assistito attraverso strumenti validati;
dell'attivazione di altri servizi o risorse territoriali (enti locali, parenti, vicini, associazioni di volontariato) al momento della chiusura del SID (ove necessario).
Responsabile della registrazione dei dati relativi alla chiusura del SID nel SIR/ARS
- INF** in caso di **SID continuato**, (nel momento in cui eroga la prestazione a domicilio in assenza dell'INF CM):
della proposta di chiusura del SID al MMG/PLS formulata sulla base della valutazione delle condizioni dell'assistito attraverso strumenti validati;
dell'attivazione di altri servizi o risorse territoriali (enti locali, parenti, vicini, associazioni di volontariato) al momento della chiusura del SID (ove necessario).
Responsabile della registrazione dei dati relativi alla chiusura del SID nel SIR/ARS


5 MODALITÀ ESECUTIVE

La proposta di chiusura del SID da parte dell' INFCM è subordinata alla valutazione del caso con il gruppo infermieristico tenendo conto di quattro aspetti fondamentali:

- . raggiungimento degli obiettivi prefissati, il piano di assistenza può ritenersi concluso.
- . stato di salute del soggetto
- . caratteristiche personali dell'assistito e del suo contesto abitativo
- . presenza/disponibilità di *care-giver* e/o rete sociale

Se la proposta di chiusura del SID Continuato è concordata e accolta dal MMG/PLS, essa è comunicata all'assistito ed al *care-giver* a voce e con apposita scheda. In talune situazioni, ove persistano esigenze assistenziali non infermieristiche, l'assistito è segnalato agli Enti Locali o ad altre organizzazioni per la presa in carico.

In tal caso l'INFCM "chiude" con nota a propria firma la cartella AD dell'assistito (comprendente le schede di valutazione multidimensionale, la raccolta di dati e referti degli esami effettuati durante la presa incarico, il piano assistenziale e gli interventi effettuati), consegna all'assistito la "**scheda di chiusura del Servizio Infermieristico Domiciliare Continuato**". Nel caso in cui la proposta di chiusura del SID Continuato non è accolta dal MMG/PLS, si concorda un eventuale revisione del PAI.

	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 4 di 5	

6 RIFERIMENTI

il DPR 24.12.92 Definizione dei livelli essenziali di assistenza

il Dpcm 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria”

il DRP 1.03.94 “Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 94/96”

il progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con risoluzione delle Commissioni Affari Sociali della Camera e di Igiene e Sanità del Senato il 30.01.92” e successivamente recepito dal DPR 1.3.94

Prov. 8 marzo 2001 Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia.

[Linee guida ministero Sanità, giugno 1996](#) Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale in applicazione di quanto previsto nel Psn per il triennio 1994-96, relativo all'azione programmata Prevenzione e cura delle malattie oncologiche concernente l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. (Stralcio)

[Dpr 14 settembre 1991](#) Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate.

le linee guida relative , di riferimento alle attività coinvolte nel progetto obiettivo tutela la salute degli anziani di cui alla nota ministeriale n. 13754 del 7.8.92

la legge regionale 19.05.1998 n.10 “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'art.37/95 in materia di procedure per interventi sanitari e socio – assistenziali”.

la delibera n. C6-U33 del 31.12.1999 del Direttore generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Regolamento del Distretto dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 “Triestina”

la delibera n. D27 del 13.01.2001 del Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Progetto obiettivo Anziani elaborato nell'ambito del Forum Anziani

il Profilo Professionale – decr. 14.09.1994 n. 739


il Patto Infermiere- Cittadino

la legge n.42 del 26.02.1999 su “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

il Codice Deontologico – febbraio 1999

documento A.D.

DPR 22.07.96 n. 484 – A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 5 di 5	

7 ARCHIVIAZIONE

Le cartelle chiuse trovano utile collocazione presso la sede del SID per 1 anno.

Per quanto sopra è responsabile il DRI.

Al termine di 1 anno, la cartella è inviata presso l'archivio centrale.

8 ALLEGATI

- DIAGRAMMA DI FLUSSO


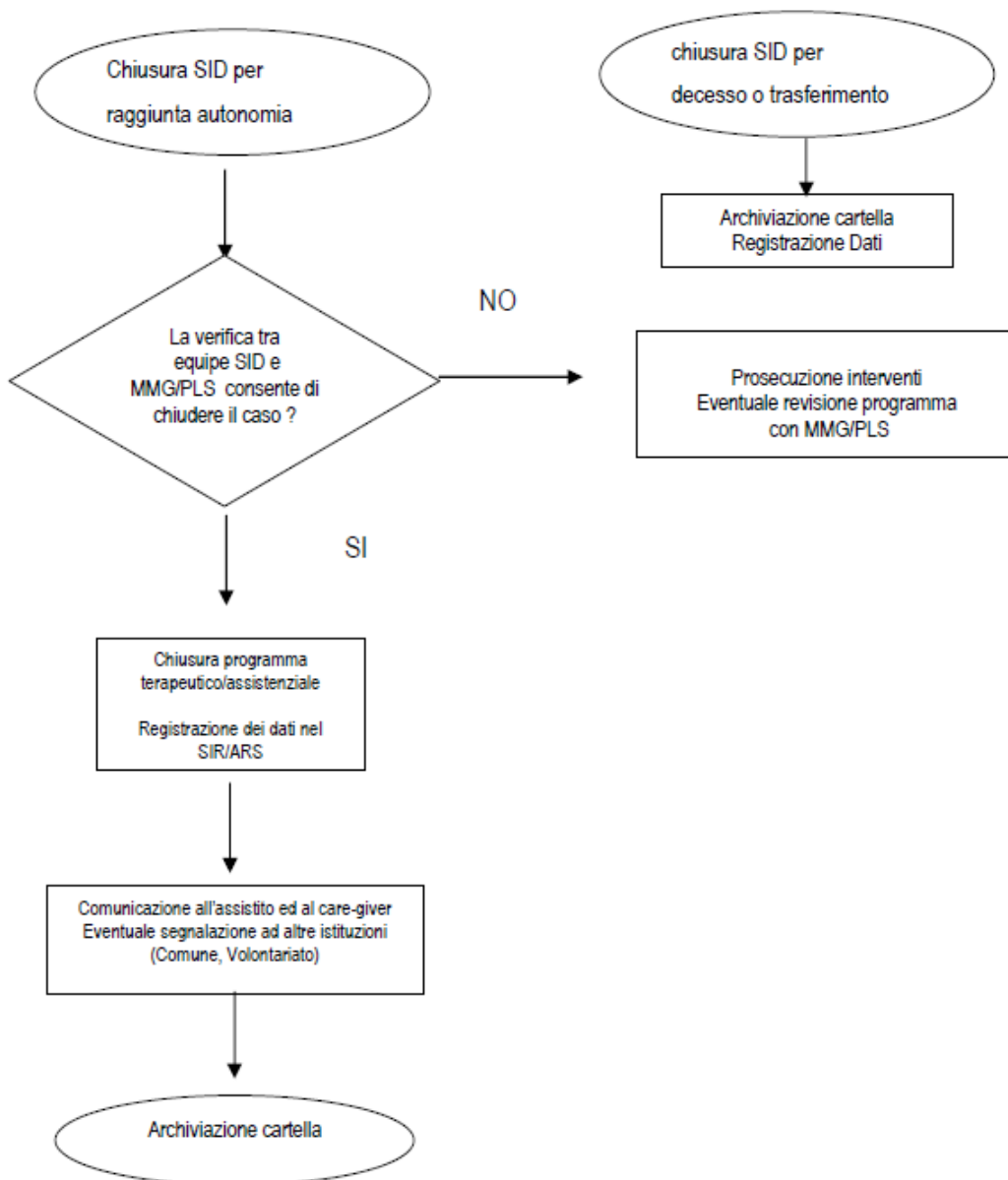
	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Allegato 1	

Diagramma di flusso



CRITERI DI PRIORITA'
definiti in ASS1
PER GLI ACCESSI A VISITA CARDIOLOGICA ED INDAGINI STRUMENTALI
DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
in pazienti con SCOMPENSO CARDIACO/DISPNEA/EDEMI
versione maggio 2012

INVIO IMMEDIATO IN PRONTO SOCCORSO

I seguenti quadri clinici configurano un'emergenza medica con indicazione ad **invio immediato al Pronto Soccorso** con impegnativa del MMG o lettera contenente il problema clinico di invio:

- dispnea a riposo acuta e severa, in atto o recidivante
- sintomi e segni di sospetto scompenso cardiaco non ancora diagnosticato (dispnea, ortopnea, palpitazioni) e presenti per sforzi minimi o di lieve entità (classe NYHA III-IV) oppure quadro anasarcatico (marcato edema)
- peggioramento di scompenso cardiaco già diagnosticato, per comparsa di:
 - dispnea a riposo o dispnea parossistica notturna
 - aritmie sintomatiche o polso aritmico non pre-esistente (FA/flutter atriale)
 - frequenza cardiaca a riposo > 100/min
 - angina pectoris
 - ipotensione arteriosa (PA sistolica < 90 mmHg)
 - edemi marcati/ascite/versamenti pleurici non rispondenti a modifica della terapia diuretica

RICHIESTA DI VISITA CARDIOLOGICA CON IMPEGNATIVA CON PRIORITA' B (BREVE)

- Paziente con storia di cardiopatia già diagnosticata (per es. pregresso infarto, angina, valvulopatie) con sintomi e segni di sospetto scompenso cardiaco non ancora diagnosticato (dispnea, ortopnea, palpitazioni) e presenti per sforzi abituali (classe NYHA II) oppure edemi lievi-moderati agli arti inferiori.

Meglio telefonare al Cardiologo reperibile al Centro Cardiovascolare (cellulare dedicato 3483969990) dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì) per concordare i tempi della visita. Nel frattempo iniziare terapia con ACE-Inibitore e/o diuretico.

- Paziente senza storia di cardiopatia con BNP urgente > 100 pg/ml o ECG urgente anormale. Meglio telefonare al Cardiologo reperibile al Centro Cardiovascolare (cellulare dedicato 3483969990) dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì) per concordare i tempi della visita. Nel frattempo iniziare terapia con ACE-Inibitore e/o diuretico.
- Paziente con nota storia di scompenso cardiaco e precedentemente stabile, con lieve peggioramento della dispnea e/o degli edemi, senza pronta risposta all'ottimizzazione della terapia (ACE-inibitore a dosi massime tollerate, diuretici, beta-bloccante). Meglio telefonare al Cardiologo reperibile al Centro Cardiovascolare (cellulare dedicato 3483969990) dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì) per concordare l'aggiustamento della terapia e i tempi della visita.

RICHIESTA DI VISITA CARDIOLOGICA CON IMPEGNATIVA CON PRIORITA' D (DIFFERITA)

- Paziente senza storia di cardiopatia con BNP urgente < 100 pg/ml + ECG urgente normale (o con alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione ventricolare). Non inviare a visita cardiologica subito, ma effettuare ulteriori indagini per diagnosticare altre patologie (es. BPCO, edemi da farmaci, ecc.). Visita cardiologia solo se diagnosi alternative inconcludenti.
- Screening (1° visita) per cardiopatia (disfunzione ventricolare sinistra) in paziente asintomatico con:
 - a. pregresso infarto miocardico
 - b. malattia sistemica (malattia del connettivo, sarcoidosi, amiloidosi, emocromatosi)
 - c. diabete mellito o insufficienza renale cronica con altri fattori di rischio (ipertensione arteriosa, fumo, dislipidemia, aterosclerosi periferica)
 - d. familiarità per cardiomiopatia
 - e. pregressa chemioterapia antitumorale o radioterapia sul torace
 - f. malattia valvolare significativa asintomatica
 - g. BPCO grave o molto grave (grado III o IV sec. GOLD)

RICHIESTA DI VISITA CARDIOLOGICA CON IMPEGNATIVA CON PRIORITA' P (PRIORITARIA)

- Paziente con nota storia di cardiopatia con scompenso cardiaco stabile che necessita di controllo cardiologico periodico, solo se non ha un follow up già concordato con il Centro Cardiovascolare (per es. pazienti seguiti in strutture cardiologiche di altre città e trasferiti a Trieste, pazienti che hanno interrotto follow-up in passato e vogliono riprenderlo, ecc.)
Sarà cura del MMG verificare se il paziente ha già un follow-up concordato e, solo in caso negativo, compilerà l'impegnativa con il problema clinico e la richiesta di **visita cardiologica**.
-

Per il Paziente già noto al Centro Cardiovascolare con:

- Cardiomiopatia
- Scompenso cardiaco oligosintomatico
- Disfunzione ventricolare sinistra asintomatica che necessita di **controllo** cardiologico il MMG non deve redigere alcuna impegnativa.

Il Paziente verrà richiamato secondo la tempistica concordata direttamente dal Centro Cardiovascolare nell'ambito degli Ambulatori dedicati.

INDICAZIONI CONCORDATE IN ASS1 PER RICHIESTA DI ECOCARDIOGRAFIA

Si concorda che la richiesta di eventuale visita cardiologica a seguito della prescrizione di un esame ecocardiografico, qualunque sia la risposta, andrà preventivamente condivisa con il cardiologo del CCV.

- Sospetto diagnostico di scompenso cardiaco oligosintomatico non precedentemente noto (sulla base dei sintomi, segni, ECG e Rx torace)
- Pazienti con ipertensione arteriosa; da richiedere solo quando per dati anamnestici (diabete), sintomi (dispnea, edemi), segni (scompenso cardiaco, valvulopatia) o quadro ECG (fibrillazione atriale, ipertrofia ventricolare, alterazioni della ripolarizzazione, turbe di conduzione) si ipotizzi una disfunzione segmentaria o globale del ventricolo sinistro
- Diagnosi elettrocardiografica del cardiologo di pregressa necrosi miocardica precedentemente non diagnosticata o blocchi di branca sinistra asintomatici.