

---

# PROTOCOLLO PER L'OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

## L'AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARE PER LO SCOMPENSO CARDIACO

### INDICE

<u>PREMESSA</u> .....	- 3 -
<u>OBIETTIVI E METODOLOGIA</u> .....	- 3 -
<u>GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE</u> .....	- 4 -
<u>ANALISI DEL PERCORSO PAZIENTE</u> .....	- 5 -
<u>EVIDENZE QUANTITATIVE</u> .....	- 7 -
<u>IL NUOVO INDIRIZZO DEL PAZIENTE CON SC</u> .....	- 9 -
<u>PRESA IN CARICO IN PS</u> .....	- 9 -
<u>INDIRIZZO DAL PS AI REPARTI</u> .....	- 11 -
<u>LETTERA DI DIMISSIONE SC</u> .....	- 11 -
<u>L'AMBULATORIO SCOMPENSO MULTIDISCIPLINARE</u> .....	- 14 -
<u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	- 17 -

## PREMESSA

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una patologia causata da alterazioni strutturali e funzionali del sistema cardiovascolare con la conseguente comparsa di un quadro clinico caratterizzato da mancanza di respiro, il gonfiore delle caviglie ed affaticamento nello svolgimento delle attività quotidiane.

Lo SC è una delle patologie croniche più diffuse nei Paesi avanzati, con un elevato impatto sulla qualità della vita, la sopravvivenza (mortalità del 50% a 5 anni dalla diagnosi - paragonabile a quello delle neoplasie maligne) ed il consumo di risorse per il sistema sanitario.

Nei Paesi Occidentali la prevalenza dello SC è dell'1-2% nella popolazione generale con picchi del 6,4% nei soggetti con età >65 anni. L'incidenza di nuovi casi di SC è di 0,2%/anno nella popolazione generale e cresce con l'età (4% annuo negli ultra85enni) . con un trend in progressivo aumento sia per l'invecchiamento della popolazione che per il miglioramento delle cure.

I costi per la cura dei pazienti con SC sono molto elevati e rappresentano il 2,5% della spesa sanitaria nazionale, di cui due terzi della spesa dovuta al costo delle ospedalizzazioni. Il ricovero per SC (DRG 127) rappresenta la seconda causa di ricovero dopo il parto e la prima causa di ospedalizzazione dei pazienti di età superiore ai 65 anni . Ulteriore peculiarità è rappresentata dagli elevati tassi di ri-ospedalizzazione precoce (a 30 giorni, 25%) che ad un anno (56,6% per tutte le cause e 24% per cause cardiovascolari) .

Quanto detto dà una percezione dei costi dello SC, la cui gestione rappresenta una sfida organizzativa per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) .

## OBIETTIVI E METODOLOGIA

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari (AOU Sassari) ha intrapreso a settembre 2018 un percorso finalizzato all'ottimizzazione della gestione del percorso del paziente con SC in ambito ospedaliero teso a valorizzare le risorse e le attività esistenti, ma ridefinendone il percorso secondo le tre fasi di seguito riportate.

- **Analisi.** Analisi delle attuali modalità di presa in carico dei pazienti con SC nei principali reparti di afferenza del paziente (Cardiologia, Medicina interna, Geriatria Clinica Medica e Pronto Soccorso), nei percorsi ambulatoriali dedicati già esistenti, seppure da potenziare (Cardiologia, Clinica Medica e Geriatria) e dei volumi di pazienti gestiti dalla struttura a partire dall'analisi dei flussi informativi aziendali nel periodo 2015-2017.
- **Piano di intervento.** Identificazione, valutazione e validazione di un piano di interventi di leve di miglioramento potenzialmente attivabili per l'ottimizzazione della presa in carico del paziente con SC in ciascun Servizio.
- **Implementazione.** Programmazione delle attività utili al fine di garantire l'effettiva implementazione delle soluzioni di miglioramento selezionate, attraverso l'identificazione dei responsabili dei singoli interventi, la definizione della stima dei tempi e il monitoraggio dell'avanzamento delle attività.

## GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE

Il Gruppo multidisciplinare che ha curato la stesura del presente documento è composto da clinici dei reparti di Cardiologia, Medicina Interna, Clinica Medica, Geriatria e del Pronto Soccorso (PS) dell'AOU Sassari.

Cardiologia	Medicina Interna	Clinica Medica	Geriatria	Pronto Soccorso
Prof. Guido Parodi	Dott. Francesco Bandiera	Prof. Roberto Manetti	Prof. Angelo Scuteri	Dott. Mario Oppes
Dott. Francesco Uras	Dott. Carlo Usai	Dott. Giuseppe Argiolas	Dott.ssa Patrizia Tilocca	Dott.ssa Mariella Mela

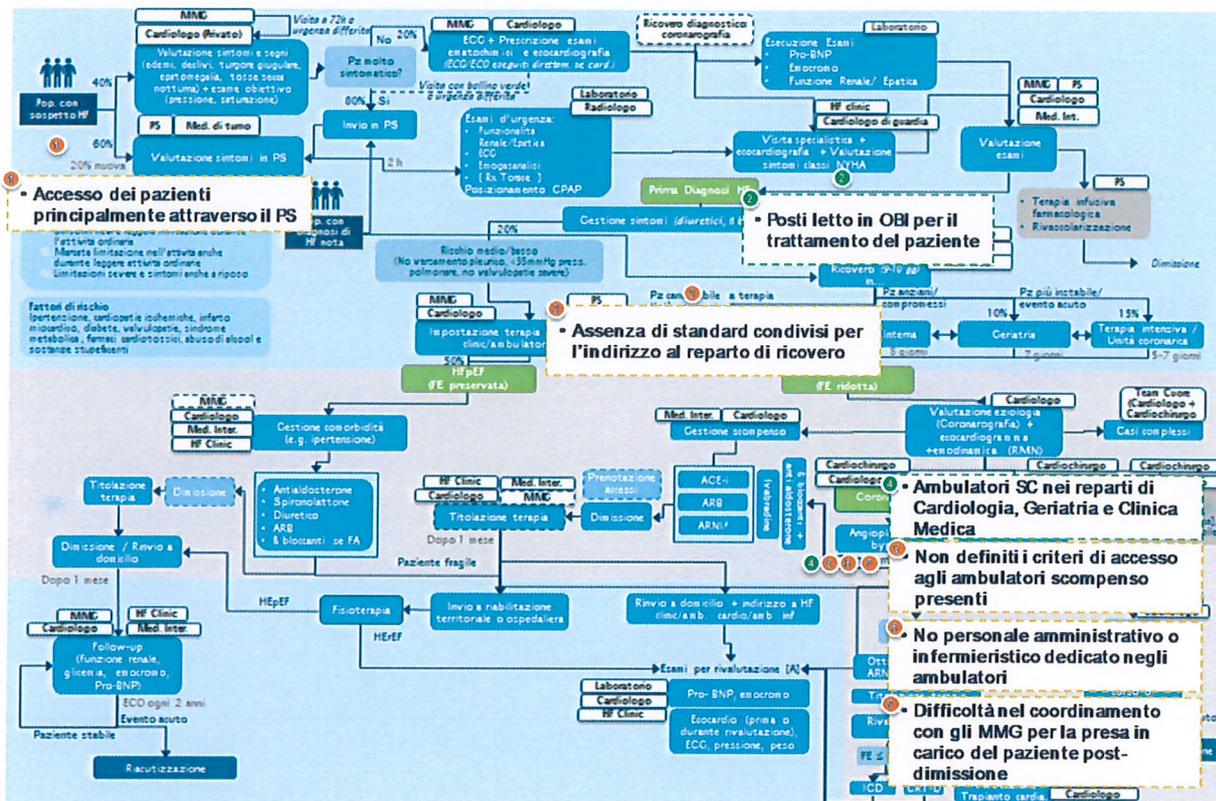
Bip Life Sciences ha supportato il gruppo nell'intero percorso progettuale assicurando la collaborazione di personale qualificato con esperienza nell'ottimizzazione organizzativo-gestionale dei percorsi paziente.

## ANALISI DEL PERCORSO PAZIENTE

L'analisi dell'attuale percorso di riferimento del paziente con SC è stata condotta ricostruendo il percorso di presa in carico (Figura 1) nelle seguenti fasi:

- Accesso in PS
- Trattamento nei reparti di degenza
- Follow up post-dimissione

Figura 1 - Attuale percorso di riferimento



Questi i principali elementi rilevati dalla mappatura dell'attuale percorso del paziente con SC.

- Il paziente accede in struttura principalmente in urgenza attraverso il PS. Pochi sono i casi in cui l'accesso per un ricovero avviene con modalità programmata.
- Per pazienti con SC con un rischio medio/basso (Peptide Natriuretico di tipo B <1000pg/mL), la disponibilità in struttura di posti letti in Osservazione Breve Intensiva (OBI) permette il trattamento e monitoraggio tempestivo così da poter raggiungere una stabilizzazione del quadro clinico ed evitare un ricovero ospedaliero nei reparti di degenza.
- L'invio del paziente ai reparti (principalmente Cardiologia, Medicina Interna e Geriatria) viene definito in PS in base al profilo clinico e alla disponibilità dei posti letto. Il raccordo tra il PS e i reparti rappresenta un ambito di ottimizzazione del percorso in termini di standardizzazione dei profili-paziente da indirizzate ai diversi reparti e dei criteri per l'invio a valutazione specialistica post-OBI in alternativa al ricovero

- Sono presenti spazi dedicati alla presa in carico dei pazienti con SC negli ambulatori dei reparti di Cardiologia e Clinica Medica (seppure giudicati inadeguati al numero complessivo di pazienti SC che afferiscono alla struttura).
- Il paziente è indirizzato al follow up negli ambulatori di riferimento dal medico di reparto alla dimissione; assenza ad oggi di criteri condivisi per indirizzare il paziente alla presa in carico di follow up ospedaliera o territoriale.
- Il medico è raramente supportato da personale infermieristico durante la visita con l'effetto di dover gestire direttamente attività a minor contenuto clinico che potrebbero essere delegate.
- Assenza di soluzioni e strumento di supporto al raccordo con il MMG e il territorio a garanzia di una presa in carico integrata che possa diminuire le ri-ospedalizzazioni del paziente.

## EVIDENZE QUANTITATIVE

Le attuali modalità di gestione clinica ed assistenziale del paziente con SC sono state valutate anche attraverso l'analisi dei flussi informativi sanitari aziendali (flusso SDO e flusso delle prestazioni ambulatoriali).

Il volume dei ricoveri ospedalieri è stato ricostruito analizzando tutte le dimissioni dall'Ospedale SS Annunziata con DRG 127 – Insufficienza cardiaca e shock, in un periodo di 3 anni (2015-2017, dati più recenti disponibili nel momento in cui il gruppo ha effettuato l'analisi - Dicembre 2018). Nel periodo di riferimento sono stati registrati **1.868 ricoveri totali** (circa 2 al giorno), con una diminuzione complessiva del 23% (Figura 2). **I pazienti ricoverati** sono stati **1.565** con un trend anche questo in diminuzione dell'19% nei 3 anni.

La maggior diminuzione dei ricoveri rispetto ai pazienti afferenti alla struttura (23% vs 19%) permette di evidenziare come la progressiva strutturazione di una presa in carico dedicata del paziente in ambulatorio abbia prodotto una riduzione anche del numero medio di ricoveri per paziente all'anno nel periodo di osservazione (dall'1,23 del 2014 al 1,19 del 2017).

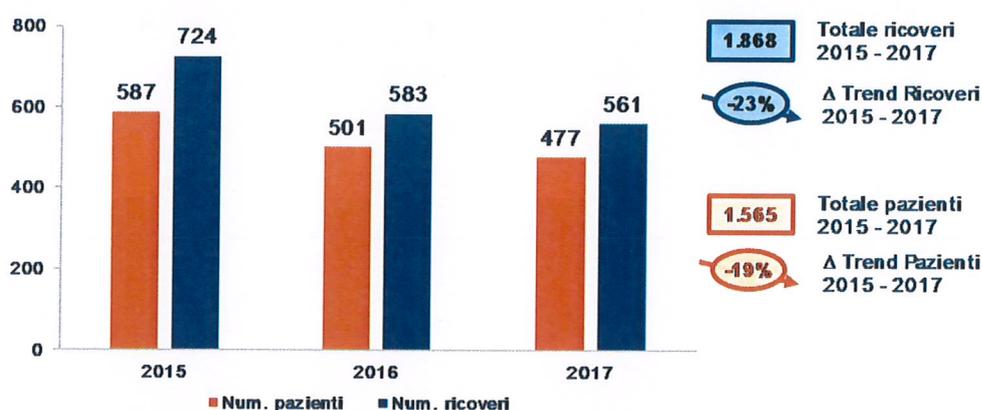


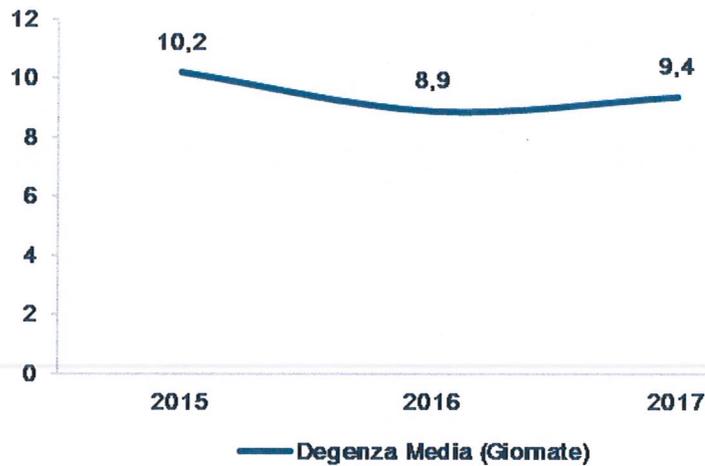
Figura 2. Numero di

ricoveri e pazienti affetti da SC.

Fonte: Elaborazione Bip su dati SDO Acuti (2015-2017) – AOU Sassari relativi a tutti i ricoveri con DRG 127 Insufficienza cardiaca e shock.

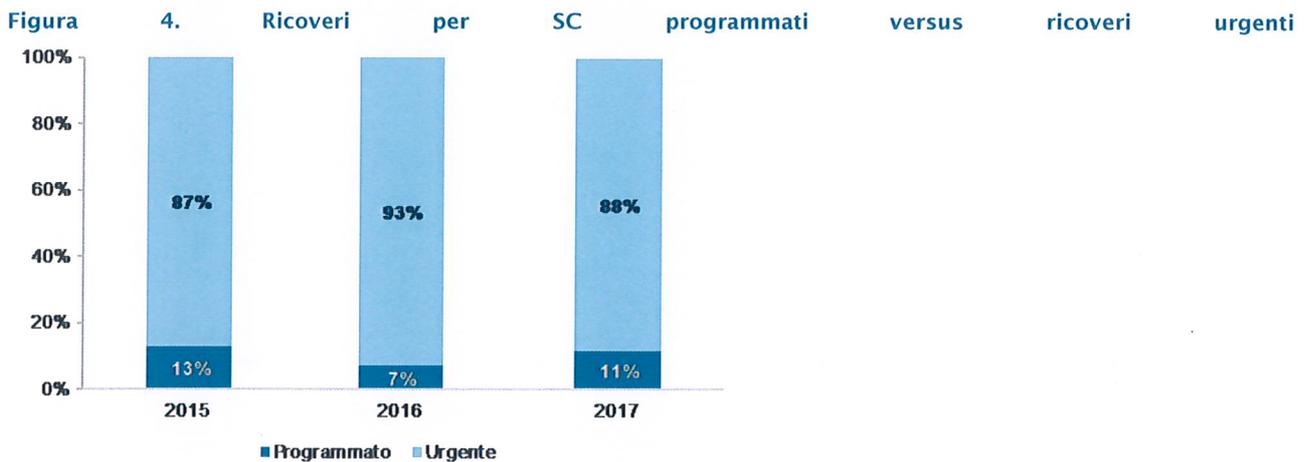
Oltre al numero complessivo dei ricoveri (Figura 2) si è ridotta nel periodo di analisi anche la durata media della degenza (Figura 3).

Figura 3. Degenza media per reparto nel periodo



Fonte: Elaborazione Bip su dati SDO Acuti (2015-2017) – AOU Sassari relativi a tutti i ricoveri con DRG 127 Insufficienza cardiaca e shock.

Principale modalità di accesso per il ricovero è il passaggio in **urgenza** dal PS (**89%**), solo per l'11% dei pazienti l'accesso in struttura è programmato (Figura 4).



Fonte: Elaborazione Bip su dati SDO Acuti (2015-2017) – AOU Sassari relativi a tutti i ricoveri con DRG 127 Insufficienza cardiaca e shock.

Per quanto riguarda i reparti di degenza il **52%** dei pazienti è stato preso in carico nel reparto di **Medicina Interna**, il 24% in Geriatria e l'8% in Cardiologia. Il restante 15% dei ricoveri è avvenuto in altri reparti (e.g. Lungodegenti Unità Coronarica, Gastroenterologia ecc.) (Figura 5).

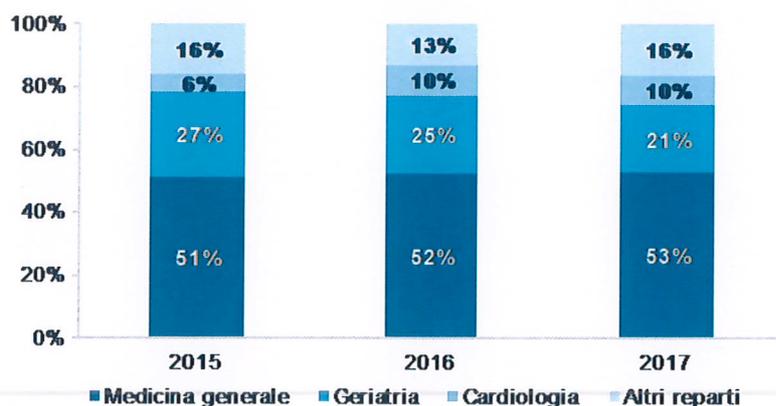


Figura 5. Presa in carico per reparto nel

periodo 2015-2017.

Fonte: Elaborazione Bip su dati SDO Acuti (2015-2017) - AOU Sassari relativi a tutti i ricoveri con DRG 127 Insufficienza cardiaca e shock.

## IL NUOVO INDIRIZZO DEL PAZIENTE CON SC

Sulla base delle evidenze raccolte, il gruppo di lavoro ha identificato i seguenti ambiti di intervento prioritari:

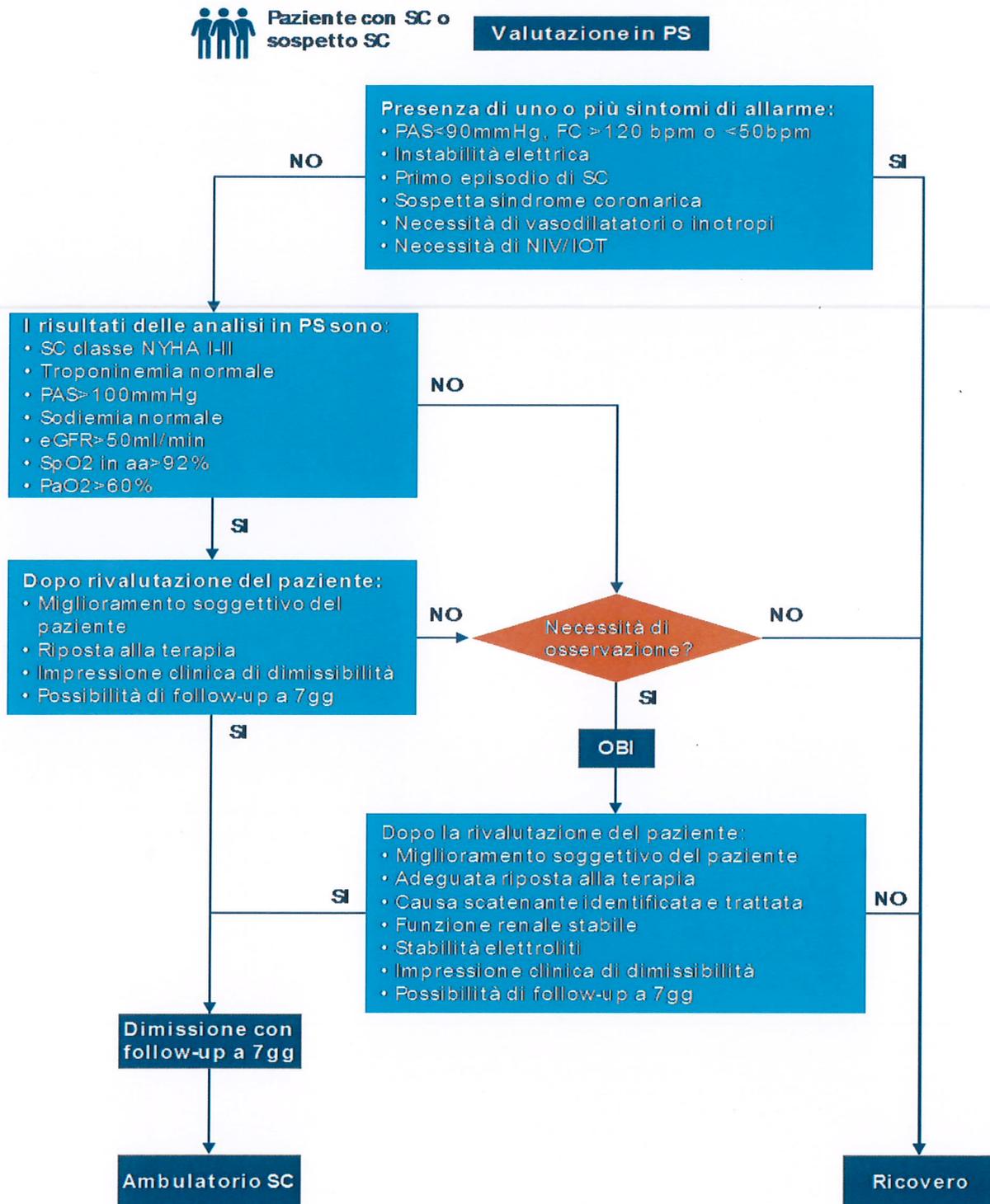
- la definizione di standard condivisi per la presa in carico in PS;
- la definizione di standard condivisi per l'invio ai reparti di ricovero;
- la adozione in tutti i reparti di degenza di AOU Sassari di una lettera di dimissione condivisa e standardizzata quale efficace strumento di raccordo col territorio (MMG) e di promozione della continuità di cure;
- l'articolazione degli attuali ambulatori al fine di offrire una continuità assistenziale, con percorsi di cura differenziati, personalizzati, omogenei

### Presenza in carico in PS

La prima area di intervento è stata la definizione di protocolli interni per migliorare la presa in carico del paziente all'interno del PS, formalizzando i criteri di indirizzo al ricovero o alla dimissione con indicazione al follow-up ambulatoriale (ambulatorio SC) (Figura 6).

La valutazione iniziale del paziente, l'identificazione della presenza di uno o più sintomi di allarme e i risultati delle analisi effettuate in PS permettono di distinguere i pazienti che necessitano di un ricovero immediato e quelli che invece possono essere indirizzati al monitoraggio in OBI per una successiva rivalutazione. Per i pazienti indirizzati all'OBI, la possibilità di poter effettuare un follow-up ravvicinato presso un ambulatorio dello SC e la condizione di raggiunta stabilità clinica permettono la dimissione diretta, evitando così ricoveri non necessari e limitando la spesa di risorse della struttura.

Figura 6. La gestione del paziente con SC in pronto soccorso e l'indirizzo alla presa in carico nell'ambulatorio SC.



Elaborazione a partire da e.

### Indirizzo dal PS ai reparti

Per i pazienti che necessitano invece di trattamento in regime di ricovero, sono stati definiti e validati dei criteri di indirizzo per la presa in carico nei diversi reparti di competenza (Figura 7).

L'indirizzo secondo il profilo clinico del paziente al reparto maggiormente indicato al trattamento delle sue condizioni cliniche permette così di migliorare il flusso di ingresso dei pazienti nei reparti.

**Figura 7. Criteri di indirizzo dei pazienti con SC alla presa in carico nei reparti di competenza.**

PROFILO CLINICO PAZIENTE CON SC	CARDIOLOGIA	MEDICINA D'URGENZA	MEDICINA INTERNA	GERIATRIA
<b>PRIMO EVENTO SC</b>				
Classe NYHA I-II-III scatenato da evento concomitante (infettivo o altro) extra cardiaco e/o:			•	•
• Aritmico che necessita di monitoraggio in ambiente intensivo	•	•		
• Aritmico non grave			•	•
Classe NYHA > III richiede trattamento intensivo e studio emodinamico	•	•		
<b>SC CRONICO</b>				
Aritmie a rischio o portatore di ICD che ha scaricato correttamente	•	•		
SC dx da ipertensione polmonare in studio pneumologico/reumatologico			•	•
SC di origine ischemica acuta (SCA)	•			
<b>RECIDIVA SC</b>				
Paziente in attesa di trattamento interventistico - chirurgico	•			
Cardiopatia in fase molto avanzata che richieda trattamento intensivo, se ipotizzabili strategie di supporto ventricolare - trapianto	•			
Cardiopatia e peggioramento della classe funzionale senza EPA o shock con patologia che richieda approfondimento o terapia			•	•
Grave patologia associata SC anche in classe funzionale avanzata, con prognosi infausta a breve per patologia o con controindicazioni ad indagini emodinamiche			•	•
SC e sindrome coronarica acuta (STEMI, NSTEMI, angina instabile)	•			

### Lettera di dimissione SC

Con l'obiettivo di migliorare il raccordo tra ospedale e territorio, il gruppo ha riconosciuto l'importanza di lavorare ad una maggior chiarezza delle comunicazioni indirizzate al Medico Curante alla dimissione del paziente, e creare maggiore informazione sul territorio circa i servizi offerti dalla struttura per la gestione dello scompenso cardiaco.

È stata così definita una scheda di dimissione indirizzata al MMG per la presa in carico a seguito dell'ospedalizzazione per SC (Figura 8). Nella scheda vengono raccolte le informazioni chiave del paziente al fine di presentare al Medico Curante il suo profilo clinico e il suo percorso di presa in carico presso l'ambulatorio scompenso multidisciplinare dell'ospedale.

Negli allegati alla dimissione vengono anche segnalati i riferimenti degli specialisti della l'ambulatorio scompenso multidisciplinare così da diffondere sul territorio i riferimenti e gli orari di attività delle strutture dell'Ospedale che offrono un servizio dedicato alla presa in carico del paziente con SC. Anche in seguito alla visita post dimissione nell'ambulatorio scompenso, è stato strutturato un referto di rapida compilazione con le informazioni chiave da rilasciare al paziente (Figura 9).

Figura 8. Allegato indirizzato al Medico Curante del paziente con SC.

REPARTO:

DATA:

DIRETTORE: Dott.

*Questa scheda di dimissione è indirizzata al Medico Curante del paziente per la Sua presa in carico territoriale a seguito dell'ospedalizzazione per scompenso cardiaco*

 **IL PAZIENTE**

Nome e Cognome:

Età:

 **LO SCOMPENSO CARDIACO**

Paziente:  De novo  Riadattato Diagnosi SC:  Principale  Secondaria

Tipo di SC:  HFrEF  HFpEF  HFmEF

Data ricovero:

Data dimissione:

Eziologia SC:

Classe NYHA alla dimissione:

 **PARAMETRI CLINICI**

Peso (Kg): Sodio (NA): Potassio (K): Creatinina: Emoglobina:

Pressione Arteriosa (mmHg): Frequenza Cardiaca (bpm):

Funzionalità renale: eGFR (ml/min):

 **ECOCARDIOGRAMMA**

Disfunzione sistolica VS:

Assente  Lieve (FE 40-50%)  
 Moderata (FE 30-40%)  Severa (FE <30%)

Disfunzione diastolica VS:

Assente  Grado I  
 Grado II  Grado III

 **ELETTROCARDIOGRAMMA**

Ritmo sinusale  BBS  Fibrillazione atriale  Pacemaker

 **PAZIENTE ALLA DIMISSIONE**

Procedure eseguite:  Coronarografia  Impianto pacemaker  Impianto CRT  
 Impianto defibrillatore  Cateterismo cardiaco destro

Altro:

Comorbilità e fattori di rischio:

Farmaci registrati in dimissione:  ACE Inibitori   $\beta$ -bloccanti  ARNI  Diuretici  
 Sartani  Antialdosteronici

Altri farmaci:

 **PRESA IN CARICO**

Programma visita di follow-up:  1 Settimana  1 Mesi  3 Mesi

Riferimenti ambulatorio:

Orario e giorno prossimo appuntamento:

Telefono:

Figura 9. Referto Ambulatorio.

 **Scheda riassuntiva della visita specialistica nella Clinica Scompenso**

 **IL PAZIENTE**

Nome e Cognome:

Età:

Motivo della visita:  Prima visita  Controllo periodico  Ultimo controllo:

**LO SCOMPENSO CARDIACO** 

Diagnosi SC:  Principale  Secondaria Paziente:  De novo  Riacutizzato

Data ricovero:

Data dimissione:

Eziologia dello scompenso:

 **PARAMETRI CLINICI**

Peso (Kg): H (m): BMI:

Esame Obiettivo:

Anamnesi:

Pressione Arteriosa (mmHg):

Frequenza Cardiaca (bpm):

Sodio (NA):

Potassio (K):

Creatinina:

Emoglobina:

Colesterolo LDL (mg/dl):

Sideremia:

Ferritina:

Funzionalità renale: eGFR (ml/min):

Altro:

 **ECOCARDIOGRAMMA** (se modificato)

Frazione d'eiezione (FE):

Altro:

 **ELETTROCARDIOGRAMMA**

Ritmo sinusale  BBS  Fibrillazione atriale  Pacemaker

Altro:

**INDICAZIONI FOLLOW-UP** 

Terapia farmacologica prescritta:

Attività programmate per il paziente:

Suggerimenti nutrizionali:

Programma visita di follow-up:  1 Settimana  1 Mesi  3 Mesi  6 Mesi  1 Anno

 **PRESA IN CARICO**

Riferimenti ambulatorio:

Referente clinico:

Telefono:

Orario e giorno prossimo appuntamento:

## L'Ambulatorio Scopenso Multidisciplinare

Ultima area di ottimizzazione del percorso è stata la definizione di un piano di interventi volti a trasformare gli attuali ambulatori in un ambulatorio scopenso che garantisca la presa in carico multidisciplinare del paziente.

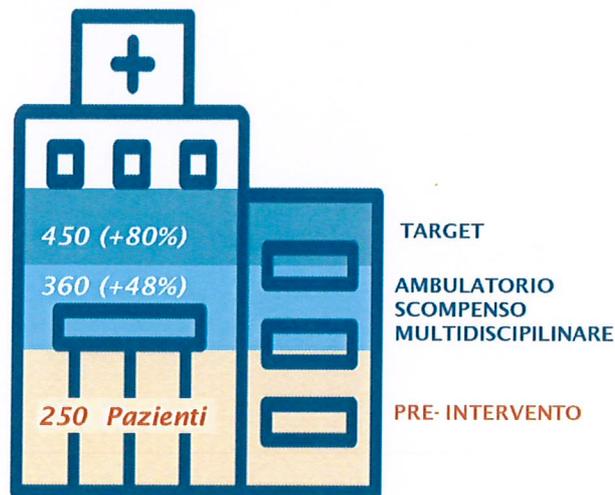
L'ambulatorio scopenso rappresenta un punto di riferimento per la presa in carico dei pazienti più complessi, permette di garantire la continuità assistenziale e fornisce supporto e collaborazione alla cura del paziente all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera.

Tuttavia, seppure la gestione a livello ospedaliero in strutture dedicate risulti maggiormente efficace per la diagnosi e il trattamento, una presa in carico specialistica della totalità dei pazienti con SC è insostenibile sia per il carico di lavoro, sia in relazione all'opportunità di un utilizzo mirato ai casi più complessi delle competenze degli ambulatori.

Il gruppo ha pertanto definito inizialmente il profilo del paziente "target" da indirizzare alla presa specialistica legato ai volumi dei pazienti trattati nell'AOU di Sassari e al profilo clinico dei pazienti.

Il "Target" atteso è stato identificato nei pazienti più giovani (età inferiore ai 70 anni) con classe NYHA II e III (e una quota minima di pazienti con classe NYHA IV, circa 26%) dimessi dai reparti di Cardiologia, Medicina Interna e Geriatria. Considerando i volumi di pazienti gestiti dall'ospedale, l'universo di riferimento così definito è di circa 450 pazienti annui, con un incremento dell'80% rispetto agli attuali pazienti presi in carico (Figura 10). L'ambulatorio, a target, raggiungerà una quota di pazienti prevalenti gestiti sostanzialmente in linea con il numero di pazienti ricoverati in media in un anno.

Figura 10 - Dimensionamento dell'ambulatorio scopenso multidisciplinare



Vista l'esigenza di aumentare l'offerta ambulatoriale per raggiungere il volume "target" definito, nell'ambulatorio scopenso multidisciplinare si aggiungono un nuovo ambulatorio gestito dai clinici del reparto di Medicina Interna per due ore settimanali e altre quattro ore di attività da parte dei referenti della Geriatria (Figura 11).

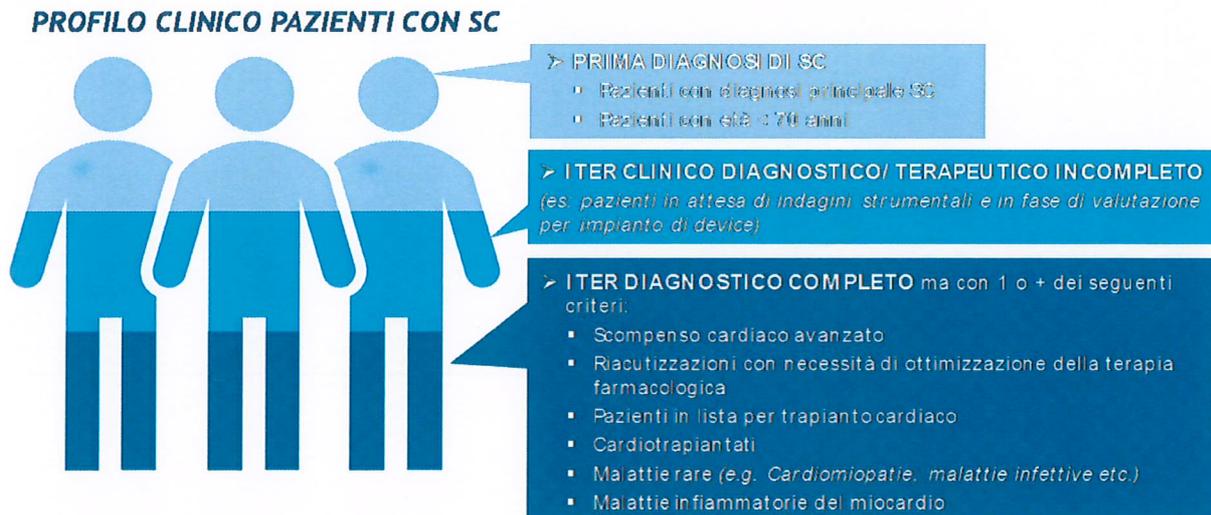
Figura 11. Attività settimanale dell'ambulatorio multidisciplinare.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	
09:00						
09:30						
10:00	CLINICA MEDICA 3 ore	CARDIOLOGIA 4 ore		CARDIOLOGIA 4 ore	In valutazione	
10:30			GERIA TRIA 2 ore			
11:00						MED. INTERNA 2 ore
11:30						
12:00						
12:30	Slot PS/OBI	Slot PS/OBI	Slot PS/OBI	Slot PS/OBI		
13:00						
13:30						
14:00						
14:30						
15:00						

L'ambulatorio scompeso multidisciplinare lavora quindi alla gestione integrata dei pazienti su 4 giornate settimanali e, in ognuna delle sessioni ambulatoriali, sono previsti "slot" dedicati per garantire l'invio alla valutazione dello specialista a valle della dimissione dal PS/OBI. Le agende sono gestite come agende dedicate di reparto, a tendere verrà progressivamente estesa l'integrazione con il CUP.

La presa in carico del paziente è stata definita secondo dei criteri di indirizzo condivisi dal gruppo multidisciplinare e i reparti, così da creare un meccanismo strutturato di "segnalazione" dei pazienti agli ambulatori a valle della degenza (Figura 12).

Figura 12. Criteri di accesso all'HF Clinic.



L'ambulatorio SC costituito presso la AOU si configura quindi come multidisciplinare in virtù dei seguenti elementi:

- Coordinamento tra i reparti nell'organizzazione dell'agenda per dare una risposta specialistica continuativa in corso di settimana, assicurando la possibilità di una presa in carico da parte dell'ambulatorio di patologia dopo la dimissione del PS;
- Condivisione dei criteri di accesso per la presa in carico specialistica dei pazienti;
- Utilizzo di strumenti condivisi utili a semplificare e rafforzare la comunicazione con il medico curante dell'assistito.

Il nuovo modello vuole così rispondere concretamente ad alcune delle criticità dell'attuale percorso di riferimento: l'aumento degli orari di attività ambulatoriale consente una presa in carico dedicata

per circa altri 100 nuovi pazienti (+50% rispetto ad oggi, *Figura 10*), gli standard e i protocolli condivisi intendono invece razionalizzare e omogenizzare la presa in carico di un paziente fragile inserito in un percorso complesso dove si interfacciano più discipline e differenti con attori sanitari.

---

## PROFILO CLINICO PAZIENTI CON SC



### ➤ PRIMA DIAGNOSI DI SC

- Pazienti con diagnosi principale SC
- Pazienti con età < 70 anni

### ➤ ITER CLINICO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO INCOMPLETO

*(es: pazienti in attesa di indagini strumentali e in fase di valutazione per impianto di device)*

### ➤ ITER DIAGNOSTICO COMPLETO ma con 1 o + dei seguenti criteri:

- Scopenso cardiaco avanzato
- Riacutizzazioni con necessità di ottimizzazione della terapia farmacologica
- Pazienti in lista per trapianto cardiaco
- Cardiotrapantati
- Malattie rare (e.g. *Cardiomiopatie, malattie infettive etc.*)
- Malattie infiammatorie del miocardio

PROFILO CLINICO PAZIENTE CON SC	CARDIOLOGIA	MEDICINA D'URGENZA	MEDICINA INTERNA	GERIATRIA
<b>PRIMO EVENTO SC</b>				
Classe NYHA I-II-III scatenato da evento concomitante (infettivo o altro) extra cardiaco e/o:			●	●
1. Aritmico che necessitano di monitoraggio in ambiente intensivo	●	●		
2. Aritmico non grave			●	●
Classe NYHA > III richiede trattamento intensivo e studio emodinamico	●	●		
<b>SC CRONICO</b>				
Aritmie a rischio o portatore di ICD che ha scaricato correttamente	●	●		
SC dx da ipertensione polmonare in studio pneumologico/reumatologico			●	●
SC di origine ischemica acuta (SCA)	●			
<b>RECIDIVA SC</b>				
Paziente in attesa di trattamento interventistico - chirurgico	●			
Cardiopatía in fase molto avanzata che richiede trattamento intensivo, se ipotizzabili strategie di supporto ventricolare - trapianto	●			
Cardiopatía e peggioramento della classe funzionale senza EPA o shock con patologia che richiede approfondimento o terapia			●	●
Grave patologia associata SC anche in classe funzionale avanzata, con prognosi infausta a breve per patologia o con controindicazioni ad indagini emodinamiche			●	●
SC e sindrome coronarica acuta (STEMI, NSTEMI, angina instabile)	●			



## Scheda riassuntiva della visita specialistica nella **Clinica Scopenso**



### IL PAZIENTE

Nome e Cognome:

Età:

Motivo della visita:  Prima visita  Controllo periodico Ultimo controllo:

### LO SCOMPENSO CARDIACO



Diagnosi SC:  Principale  Secondaria Paziente:  De novo  Riacutizzato

Data ricovero:

Data dimissione:

Tipologia di paziente scompensato:



### PARAMETRI CLINICI

Peso (Kg):

H (m):

BMI:

Esame Obiettivo:

Anamnesi:

Pressione Arteriosa (mmHg):

Frequenza Cardiaca (bpm):

Sodio (NA):

Potassio (K):

Creatinina:

Emoglobina:

Colesterolo (mg/dl):

Sideremia:

Ferritina:

BNP o NT-pro BNP precedente (pg/ml):

e attuale (pg/ml):

Funzionalità renale: eGFR (ml/min):

Altro:



### ECOCARDIOGRAMMA (se modificato)

Frazione d'eiezione (FE):

Altro:



### ELETTROCARDIOGRAMMA

Ritmo sinusale  BBS  Fibrillazione atriale  Pacemaker

Altro:

### INDICAZIONI FOLLOW-UP



Terapia farmacologica prescritta:

Attività programmate per il paziente:

Suggerimenti nutrizionali:

Programma visita di follow-up:  1 Settimana  1 Mesi  3 Mesi



### PRESA IN CARICO

Riferimenti ambulatorio:

Referente clinico:

Telefono:

Orario e giorno prossimo appuntamento:

REPARTO:

DATA:

DIRETTORE: Dott.

Questa **scheda di dimissione** è indirizzata al **Medico Curante del paziente** per la Sua presa in carico territoriale a seguito dell'ospedalizzazione per scompenso cardiaco

 **IL PAZIENTE**

Nome e Cognome:

Età:

 **LO SCOMPENSO CARDIACO**

Paziente:  De novo  Riacutizzato Diagnosi SC:  Principale  Secondaria

Tipo di SC:  HFrEF  HFpEF  HFmEF

Data ricovero:

Data dimissione:

Eziologia SC:

Classe NYHA alla dimissione:

 **PARAMETRI CLINICI**

Peso (Kg):                      Sodio (NA):                      Potassio (K):                      Creatinina:                      Emoglobina:

Pressione Arteriosa (mmHg):

Frequenza Cardiaca (bpm):

Funzionalità renale: eGFR (ml/min):

 **ECOCARDIOGRAMMA**

Disfunzione sistolica VS:

Assente                       Lieve (FE 40-50%)  
 Moderata (FE 30-40%)     Severa (FE <30%)

Disfunzione diastolica VS:

Assente     Grado I  
 Grado II     Grado III

 **ELETTROCARDIOGRAMMA**

Ritmo sinusale     BBS     Fibrillazione atriale     Pacemaker

 **PAZIENTE ALLA DIMISSIONE**

Procedure eseguite:  Coronarografia     Impianto pacemaker     Impianto CRT  
 Impianto defibrillatore     Cateterismo cardiaco destro

Altro:

Comorbilità e fattori di rischio:

Farmaci registrati in dimissione:  ACE Inibitori      $\beta$ -bloccanti     ARNI     Diuretici  
 Sartani     Antialdosteronici

Altri farmaci:

 **PRESA IN CARICO**

Programma visita di follow-up:  1 Settimana     1 Mesi     3 Mesi

Riferimenti ambulatorio:

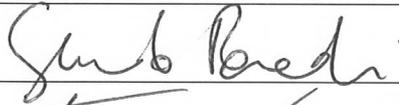
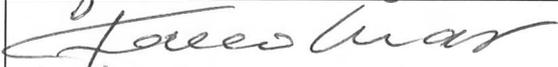
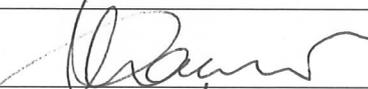
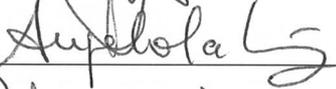
Orario e giorno prossimo appuntamento:

Telefono:

**PROTOCOLLO PER  
L'OTTIMIZZAZIONE DEL  
PAZIENTE CON  
SCOMPENSO CARDIACO**

**Cardiologia  
Medicina Interna  
Clinica Medica  
Geriatria  
Pronto Soccorso**

**FIRME DEL GRUPPO DI LAVORO**

Prof. Guido Parodi	
Dott. Francesco Uras	
Dott. Franco Bandiera	
Dott. Carlo Usai	
Prof. Roberto Manetti	
Dott. Giuseppe Argiolas	
Prof. Angelo Scuteri	
Dott.ssa Patrizia Tilocca	
Dott. Mario Oppes	
<sup>PIAZZA IMMACOLATA MELE</sup> Dott.ssa Mariella Mela	