



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 2156 DEL 27 OTT. 2025

OGGETTO: Approvazione del PDTA “Gestione integrata Ospedale-Territorio del paziente con scompenso cardiaco”

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Cardiovascolare

PROPOSTA N. 2262 DEL 22 NOV. 2025

Il Responsabile Del Procedimento
(Dr. Vincenzo Lucio Mancuso)

Vincenzo Lucio Mancuso

IL Direttore del Dipartimento Cardiovascolare
(Dott. Giuseppe Caramanno)

Giuseppe Caramanno

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

NON COMPORTA
ORDINE DI SPESA
() Autorizzazione n. _____

C.E.

C.P.

Il Responsabile Del Procedimento

S.E. P.
Sig.ra Siracusano Maria
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
Maria

Il Direttore Uo~~s~~ Sef E P.

Dr. Ssa Beatrice Salvago

~~UOZIO E PUNZICO~~
~~PRATICARIO E PATRIMONIALE~~
~~Dr. Beatrice Salvago~~

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 22 OTT. 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTISETTE del mese di OTTOBRE
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Riggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l'assistenza del Segretario verbalizzante MARIA GRAZIA CRESCENTE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore del Dipartimento Cardiovascolare, dott. Giuseppe Caramanno

VISTO l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

VISTO il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che ha istituito il Dispositivo per la ripresa e resilienza;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Governo, trasmesso il 30 aprile alla Commissione Europea e definitivamente approvato il 13 luglio 2021, con Decisione di esecuzione del Consiglio Europeo, che comprende la Missione numero 6, dedicata alla Salute;

VISTO il decreto del Ministro della Salute del 20/01/2022 che determina la ripartizione programmatica delle risorse del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR) e del "Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari" (PNC), destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero della Salute, a favore dei Soggetti Attuatori, ossia di Regioni e Province autonome;

VISTO il D.A. n. 406 del 26/5/2022, con il quale l'Assessore della Salute della Regione Siciliana, in aderenza ai contenuti dello Statuto Regionale, ha approvato il Piano Operativo Regionale (POR) della Regione, composto, tra l'altro, da 750 Schede intervento, nelle quali sono riportate le informazioni anagrafiche e finanziarie di ciascun intervento, le relative modalità attuative, il cronoprogramma e le milestone e i target stabiliti;

VISTO il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) sottoscritto dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana in data 30.05.2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 - Componenti 1 e 2 - e dal PNC - di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, di competenza della Regione Siciliana, sulla scorta del relativo POR;

VISTO il D.A. della Regione siciliana n. 564/GAB del 28/07/2022, con cui gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono autorizzati allo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza territoriale;

VISTO il D.A. dell'Assessorato della Salute n. 664/22, quale provvedimento di delega all'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, per lo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza territoriale.

VISTA la nota 11972 del 11 Marzo 2024 a firma dei Dirigenti Generali DASOE e DPS avente per oggetto: "Convenzione AGENAS-Regione Sicilia Predisposizione Piani Operativi per realizzazione delle strutture in attuazione del DM 77: CdC-OdC-COT;

VISTA la delibera n. 1068 del 30/05/2024 "Adozione piani attuativi Centrali Operative Territoriali (COT) -Case della Comunità (CDC) Ospedali di Comunità (OdC) - Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento"

VISTA la Deliberazione n. 1214 del 19/12/2024 "PNRR M6 C1 - 1.1.- Casa della Comunità (CdC) - "Modello organizzativo di funzionamento della Casa della Comunità (CDC) di Agrigento - Progetto distretto pilota AGENAS-

CONSIDERATI i dati epidemiologici relativi allo scompenso cardiaco, che come si evince dal CaReMe Register dimostrano avere un impatto non indifferente sul SSN, con prevalenza intorno a 1,54, per lo più interessante soggetti over 65 anni, tassi di mortalità a 5 anni del 50%, elevati tassi di ri-ospedalizzazione a notevole impatto economico.

PRESO ATTO della proposta del direttore della UOC di Cardiologia di Licata, di avviare un progetto pilota denominato "Rete Ospedale-Territorio e Telecardiologia", finalizzato ad arruolare i soggetti affetti da, Scompenso Cardiaco mediante l'arruolamento in una piattaforma web-based di proprietà dell'azienda e gestito in maniera integrata dallo specialista cardiologo, territoriale ed ospedaliero, dal MMG e dalle case di comunità e COT, in Telecardiologia.

PRESO ATTO che presso il DSB di Agrigento è attiva in fase sperimentale la prima casa della comunità in esecuzione della progettualità AGENAS -Assessorato alla Salute Regione Sicilia.

VISTA la delibera n. 382 del 20.02.2025 avente per oggetto: "Costituzione gruppo di lavoro per la redazione del PDTA "Gestione integrata scompenso cardiaco mediante l'utilizzo della telemedicina"

RITENUTO NECESSARIO di dover proporre, con il presente atto, l'adozione del PDTA "Gestione integrata Ospedale-Territorio del paziente con scompenso cardiaco" che costituisce parte integrante della presente deliberazione, quale allegato A

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

di APPROVARE il PDTA "Gestione integrata Ospedale-Territorio del paziente con scompenso cardiaco" come da Allegato A;

di NOTIFICARE il presente atto a tutti i componenti del Gruppo Locale di Lavoro già citato in premessa;

di PORTARE IN ESECUZIONE il presente atto deliberativo per il tramite del Dott. Salvatore Montalto Coordinatore del gruppo di lavoro;

di MUNIRE il presente atto della clausola di immediata esecuzione per la seguente motivazione: porre in essere le procedure in esso rappresentate

Attesta, altresì, che la proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata ,nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore del Dipartimento Cardiovascolare
(Dott. Giuseppe Caramanno)

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VIENE ESPRESSO

Parere Favorabile
Data 22/10/2023

Parere Favorabile
Data 28/X/2023

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Ersilia Riggio


Il Direttore Sanitario

Dott. Raffaele Elia


IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Giuseppe Caramanno, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

Tenuto conto dei pareri espressi dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Giuseppe Caramanno, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Caponigro



Il Segretario verbalizzante

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO
"Uff. Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"
Maria Grazia Crescenzio



 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 1 di 44

ALLEGATO A

PDTA

Gestione integrata
OSPEDALE-TERRITORIO
del paziente con scompenso cardiaco

ASP AGRIGENTO
VIALE DELLA VITTORIA 321

ASP AGRIGENTO 27 GIUGNO 2025

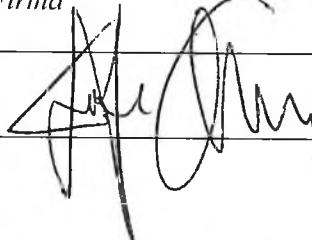
 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 2 di 44

Sommario

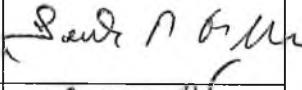
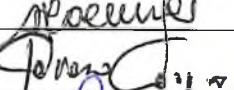
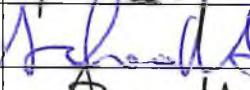
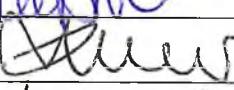
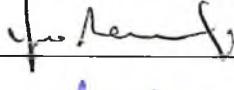
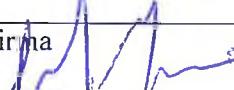
PROPOSTA.....	3
GRUPPO DI LAVORO - REDAZIONE.....	3
VERIFICA DI CONFORMITÀ	3
APPROVAZIONE.....	3
Introduzione.....	5
Lo scompenso cardiaco	7
Dati epidemiologici	8
Metodologia.....	9
<i>Obiettivi</i>	11
<i>Indicatori di esito</i>	11
Modello di presa in carico	14
Ruolo e Compiti dei Professionisti.....	14
Descrizione del percorso:	20
Stadio A	20
Stadio B.....	22
Stadio C.....	25
Stadio D	21
Appendice	24
Strumenti per l'assistenza ed il supporto: Day-service	24
Schema di Follow-up PAI (Sintesi delle raccomandazioni).....	25
Epidemiologia dello Scompenso	26
Bibliografia.....	28

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 3 di 44

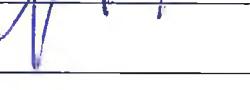
PROPOSTA

Struttura	Responsabile/Direttore Nome e Cognome	Firma
Dipartimento Cardiovascolare	Dott. Giuseppe Caramanno	

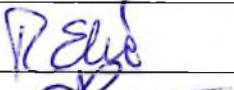
GRUPPO DI LAVORO - REDAZIONE

Struttura	Nome e Cognome	Qualifica-Funzione	Firma
Direttore UOC Cardiologia Licata	Dott. Salvatore Montalto	Coordinatore del PDTA	
Casa della Comunità di Agrigento - Specialista in Cardiologia	Dott.ssa Claudia Mossuto	Coordinatore del progetto della Casa della Comunità di Agrigento	
U.O. professioni Sanitarie Infermieristiche e ostetriche	Dott. Vincenzo Lucio Mancuso	Dirigente delle professioni Sanitarie Infermieristiche	
PTA Canicattì	Dott. Sante Di Naro	Coordinatore di Branca Specialisti Ambulatoriali Cardiologia	
Direttore DSB Licata	Dott. Calogero Collura		
U.O. Professioni sanitarie	Dott. Calogero Galvano	Referente COT Infermiere esperto	
UOS Servizi Informatici Aziendali	Dott. Riccardo Insalaco	Responsabile UOS	
UOC Area Territoriale del Farmaco	Dott. Angelo Boschetti	Referente Aziendale per l'appropriatezza prescrittiva	
Medico di Medicina Generale	Dott. Renato Bruno	Responsabile AFT 1	
Medico di Medicina Generale	Dott.ssa Amalia Criscimanna	MMG Progetto Pilota POHEMA	
Medico di Medicina Generale	Dott. Gaetano Sergio Piacenti	MMG Progetto Pilota POHEMA	

VERIFICA DI CONFORMITÀ

Struttura	Nome e Cognome	Qualifica - Funzione	Firma
UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Dott. Maurizio Galletto	Dirigente Responsabile	

APPROVAZIONE

Macrostruttura	Nome e Cognome	Qualifica - Funzione	Firma
DIREZIONE SANITARIA	Dott. Raffaele Elia	Direttore Sanitario Aziendale	
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	Dott. Ercole Marchica	Direttore Dipartimento Cure Primarie	

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 4 di 44

Modalità e motivazione per la revisione o il mantenimento del documento adottato:

- Immodificata** rispetto al Documento adottato
- Modificata** rispetto al Documento adattato per:
- Intervenute modifiche organizzative:

Motivazioni specifiche :

- Intervenute modifiche

Normative interne ed esterne (Leggi, Decreti, Circolari, Regolamenti) motivazioni specifiche :

- Intervenute modifiche delle evidenze scientifiche (Protocolli, Linee Guida, Buone Pratiche Clinico-Assistenziali)

Motivazioni specifiche :

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 5 di 44

Introduzione

Tutti i paesi sviluppati stanno affrontando significativi processi di trasformazione sociale e sanitaria: secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, le malattie croniche rappresentano attualmente la principale causa di morte e di disabilità, responsabili rispettivamente del 59% di tutti i decessi e del 46% di tutte le malattie.

Per fronteggiare questa evoluzione ed, in particolare, la diversa domanda di servizi e la crescente pressione sulle risorse economiche, è necessario riorganizzare il paradigma assistenziale spostando gli investimenti verso il rafforzamento delle cure primarie e la promozione della integrazione e del coordinamento tra tutti i professionisti (medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti ospedalieri).

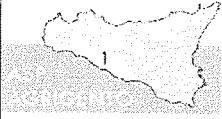
Il D.M. 77/2022 ha rivoluzionato in tal senso l’organizzazione sanitaria del territorio instituendo le COT, le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità.

Alla luce delle nuove norme quindi le cure primarie rappresentano uno degli elementi centrali di qualsiasi sistema sanitario: costituiscono cioè la forma di assistenza sanitaria più vicina ai luoghi di vita delle persone e la naturale porta di accesso al sistema. In questo contesto per sviluppare nuove e più coerenti risposte ai bisogni dei cittadini, vanno ricercati modelli organizzativi e assistenziali che sviluppino modalità di lavoro integrato, permettendo così a ciascun professionista di essere valorizzato ed esprimere al meglio la propria specifica competenza. L’obiettivo è dunque quello di garantire alle persone affette da patologie croniche, con disabilità gravi o in fine vita, percorsi assistenziali che sviluppino, qualifichino e specializzino la rete dei servizi e valorizzino il sostegno delle famiglie.

Ecco perché i modelli organizzativi che si stanno diffondendo per la gestione delle malattie croniche (i.e. chronic care model, disease e case management) sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che pongono al centro dell’intero sistema, il paziente, la famiglie ed i care-givers informati ed educati a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia.

I fondamenti su cui poggia un sistema di gestione integrata sono infatti:

- **la valutazione dei bisogni assistenziali** della comunità attraverso l’analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 6 di 44

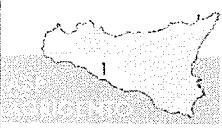
- **l'organizzazione dei servizi sanitari** per aumentare le capacità di risposta ai cittadini affetti da patologie croniche, specie alla luce della riorganizzazione del territorio ai sensi del DM 77/2022;
- **l'identificazione di équipe multidisciplinari e multiprofessionali** che possano garantire un'assistenza integrata e personalizzata (MMG, specialisti, infermieri, COT, dietisti, riabilitatori, ecc.)
- **la formazione dei cittadini** per diffondere la conoscenza delle malattie e la capacità di autogestione delle stesse (patient empowerment);
- **la programmazione degli interventi di prevenzione, diagnosi, e cura** per migliorare la gestione delle malattie croniche in tutti gli stadi.
- **un sistema informativo idoneo** ad identificare la popolazione target, valutare i processi e gli esiti, a condividere tra operatori sanitari le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti.

Queste innovazioni organizzative in ambito territoriale rappresentano il contesto ideale per definire, sperimentare ed applicare modelli di presa in carico dei pazienti che applichino concretamente i fondamenti della gestione integrata delle patologie croniche.

La presenza delle COT e degli IFeC all'interno delle Case di Comunità in tutte le Aziende Sanitarie Provinciali permettono di sperimentare e mettere a regime un modello di gestione integrata ospedale-territorio del paziente ad esempio con scompenso cardiaco.

Questo documento nasce dunque dalla necessità di poter garantire alle persone affette da scompenso cardiaco, un approccio assistenziale integrato uniforme e omogeneo in tutto il territorio dell'ASP; in particolare gli scopi principali sono:

- migliorare l'individuazione e la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco definendo:
 - l'approccio organizzativo assistenziale ed i criteri di gestione integrata del paziente
 - il percorso diagnostico, i livelli di intervento e le modalità di follow-up
- fornire a tutti i professionisti coinvolti nella gestione e cura dei pazienti con scompenso cardiaco una guida condivisa e coerente con le indicazioni della letteratura

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 7 di 44

internazionale, promuovendo una modalità di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, mediante una piattaforma unica di condivisione delle informazioni in telemedicina.

Lo scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco (S.C.) rappresenta oggi una delle patologie di maggiore rilevanza clinica ed economica: crescente numero di pazienti, elevata morbilità e mortalità, necessità di frequenti riospedalizzazioni. La risposta complessiva del sistema ai bisogni dei pazienti con scompenso è ancora oggi troppo spesso discontinua e frammentaria in ragione della presenza a tutti i livelli di eterogeneità culturali, professionali ed organizzative, unitamente alla mancanza di un coordinamento generale. Nell'ambito di una nuova ed efficiente organizzazione della rete assistenziale, emerge la necessità di una ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità delle diverse figure professionali medico-infermieristiche, così come dei percorsi di cura.

L'approccio multidisciplinare e multiprofessionale alla cura dello scompensato è riconosciuto come altamente raccomandato per il miglioramento della qualità della vita e della prognosi dalle linee guida internazionali sia europee (European Society of Cardiology, 2008), che nordamericane (American College of Cardiology/American Heart Association, 2009); in Italia tale evidenza scientifica è stata recepita dal documento intersocietario di Consensus Conference sottoscritto da tutte le società scientifiche mediche coinvolte già da molti anni (GIC, 2006).

I modelli di gestione integrata dello scompenso, pur non avendo dimostrato evidenti vantaggi in termini di riduzione complessiva della mortalità, hanno evidenziato purtuttavia vantaggi (Mc Alister 2004, Gonseth 2004, Gwadry-Sridhar 2004, Roccaforte 2005, Holland 2005, Taylor 2005, Gohler 2006, Ontario 2009) relativamente a:

- stato funzionale e della qualità della vita
- educazione del paziente
- adesione e capacità di autogestione della terapia da parte del paziente
- individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 8 di 44

- controllo della progressione della malattia
- riduzione delle riospedalizzazioni

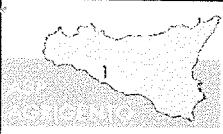
Nel definire la nuova rete assistenziale per lo scompenso è opportuno identificare differenti percorsi di cura, che si caratterizzino in relazione alla severità della malattia ed alla presenza di comorbilità, all'età ed al tessuto sociale di riferimento. Fondamentale risulta essere la comunicazione e la condivisione dei percorsi assistenziali tra struttura ospedaliera e territoriale, entrambi decisivi per un'efficace continuità assistenziale e garanzia della qualità delle cure. Lo sviluppo del percorso assistenziale si realizza attraverso la gestione della patologia da parte di un team di professionisti (MMG, specialista cardiologo, infermiere di famiglia, COT, casa di comunità) che trae vantaggio dalle diverse competenze e responsabilità professionali correlate ai bisogni assistenziali, dalle loro interazioni e dall'individuazione, nelle varie fasi, della figura professionale che più opportunamente assicura la sintesi.

Dati epidemiologici

Il dato di prevalenza e incidenza dello SC è stato calcolato mediante l'analisi dei dati disponibili dalle schede di dimissione ospedaliera (banca dati SDO) e dalla rilevazione regionale di mortalità (per la metodologia vedi Appendice). E' ragionevole pensare purtuttavia che tale dato sottostima la reale popolazione con SC, poiché fa riferimento ai soli pazienti più gravi, ovvero quelli che negli anni di riferimento hanno necessitato di un ricovero in ambiente clinico e che quindi appartengono allo stadio C e D della classificazione ACC/AHA (vedi Fig. 1).

E' stata stimata, per gli anni 2022-24, un'incidenza di scompenso cardiaco in provincia di Agrigento, rispettivamente pari a 3,93 - 3,84 – 3,27 pazienti ogni 1.000 abitanti di età >18 anni ed una prevalenza di 9,21 pazienti ogni 1.000 abitanti. La tendenza registrata è quella di un incremento marcato e costante della prevalenza ed un lieve ma progressivo calo dell'incidenza.

Nel triennio 2022-2024, il numero di ricoveri per scompenso cardiaco (DRG 127) dei pazienti residenti nella provincia di Agrigento, ovunque ricoverati, è stato di circa 1000 per anno, equivalente ad un tasso di ospedalizzazione pari a 3 ricoveri per 1.000 abitanti: dal confronto con gli anni precedenti si evince un lieve ma progressivo calo del numero di ricoveri

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 9 di 44

nel tempo.

L’analisi del numero di ricoveri annuali per DRG 127 per paziente evidenzia infine una percentuale di pazienti con un solo ricovero pari all’88%, 10% due ricoveri, 2% tre ricoveri, 1% >3 ricoveri.

Per l’analisi dei pazienti con SC in Stadio B, che hanno cioè alta probabilità di sviluppare la malattia, perché già con danno d’organo, ma privi di sintomatologia manifesta (vedi Fig. 1) si è proceduto alla ricerca di tutti i pazienti che avessero contemporaneamente prescrizioni farmacologiche per i farmaci indicati dalle Linee Guida ESC in classe IA nella terapia dello SC, che non hanno avuto nel periodo di riferimento nessun ricovero, che non avessero un piano terapeutico per glifozina e che al 31/12/2024 risultassero ancora in vita. Da questa analisi sono risultati 3517 pazienti, pari a un tasso di prevalenza di 11 pazienti per 1000 abitanti > 18 anni.

Sommendo quindi i pazienti identificati in classe C e D mediante l’analisi dei ricoveri ospedalieri e i pazienti in probabile classe B dall’analisi dei dati di farmaco-epidemiologia, si ottiene una prevalenza totale di 20 pazienti ogni 1000 abitanti di età > 18 anni.

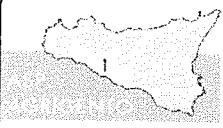
L’analisi dettagliata farmaco epidemiologica ha permesso inoltre di mettere in evidenza delle lacune in termini di adeguato trattamento dei pazienti con SC: solo il 24% dei pazienti candidabili avevano una glifozina tra dapagliflozin e empagliflozin.

Appare infine necessario stigmatizzare la difficoltà a censire epidemiologicamente i pazienti con SC partendo dall’esenzione 021.428 in quanto, dalle nostre analisi risulta, nel triennio in esame, una scarsa e sottostimata utilizzazione del codice di esenzione.

Metodologia

Il documento è stato elaborato per consenso da un gruppo di lavoro multidisciplinare indicato nel frontespizio, individuato con delibera n. 382 del 26/02/2025 dalla Direzione Generale dell’ASP, e successive integrazioni e coordinato dal Direttore della UOC di Cardiologia di Licata e con la responsabilità Scientifica assegnata al Direttore del Dipartimento Cardiovascolare.

Utilizzando la classificazione in stadi dello S.C. definita dalle “Linee Guida per la diagnosi e gestione dello scompenso cardiaco dell’adulto”, elaborate nell’anno 2022

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 I.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	Pagina 10 di 44	

dall'ACC/AHA, sono stati identificati, per ogni stadio, sia gli obiettivi terapeutici che le competenze professionali (ruoli e responsabilità) necessarie al loro raggiungimento. La scelta di utilizzare la classificazione in stadi dell'ACC/AHA, rispetto alla classe NYHA, deriva dall'opinione condivisa che la NYHA rifletta una valutazione soggettiva e puntuale della gravità dei sintomi e possa modificarsi frequentemente nell'arco di un intervallo di tempo molto breve, unitamente alla possibilità che trattamenti simili possano essere utilizzati in diverse classi NYHA. Ciononostante la valutazione della classe NYHA, in corso di valutazione clinica infermieristica o medica, permette di identificare, nella storia naturale della malattia, lo stato di compenso percepito dal paziente e gli eventuali peggioramenti clinici. Per completezza pertanto si riporta la classificazione NYHA:

Classe I

Nessuna limitazione dell'attività fisica: l'esercizio fisico abituale non provoca dispnea, affaticabilità o palpitazioni.

Classe II

Lieve limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo ma l'esercizio fisico abituale provoca dispnea, affaticabilità o palpitazioni.

Classe III

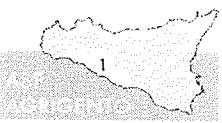
Grave limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo ma il minimo esercizio fisico abituale provoca dispnea, affaticabilità o palpitazioni.

Classe IV

Impossibilità a svolgere qualsiasi attività fisica senza disturbi: sintomatologia presente anche a riposo e che peggiora con qualunque attività fisica.

Diversamente, i quattro stadi (A, B, C, D) che, secondo la ACC/AHA, caratterizzano la progressione dello scompenso cardiaco (Figura 1) tengono conto dello sviluppo dello scompenso in presenza di fattori di rischio e specifiche condizioni strutturali, della progressione dello scompenso attraverso fasi asintomatiche e sintomatiche, di quei trattamenti specifici, che, associati ad ogni stadio, possono ridurre sia la morbidità che la mortalità della malattia.

Gli stadi **A** e **B**, sono caratterizzati da pazienti non ancora scompensati ma con differenti gradi di rischio di sviluppare lo scompenso cardiaco. In particolare i pazienti classificati nello **Stadio A** sono caratterizzati da aterosclerosi coronarica e/o ipertensione e/o diabete mellito e/o sindrome metabolica e non evidenziano disfunzione ventricolare sinistra, ipertrofia o modificazione della geometria delle camere cardiache, mentre quelli in **Stadio B** hanno le stesse patologie di base dello stadio A, asintomatici per scompenso, ma che evidenziano già

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 I.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 11 di 44

segni di alterazioni del ventricolo sinistro, quali ipertrofia e/o lieve compromissione funzionale.

Nello **Stadio C** vengono inclusi i pazienti con cardiopatia strutturale e precedenti o attuali sintomi di scompenso; infine nello **Stadio D** rientrano i pazienti affetti da scompenso refrattario alla terapia, che necessitano trattamenti specialistici ed un'intensità di cure elevata.

Questa classificazione riconosce pienamente l'esistenza di fattori di rischio ormai consolidati e prerequisiti strutturali alla base dello sviluppo di forme di scompenso; riconosce inoltre che interventi terapeutici adottati nelle fasi precedenti la comparsa delle disfunzionalità ventricolari sinistre possono ridurre efficacemente la morbidità e la mortalità associate allo scompenso cardiaco.

Le Linee Guida ESC poi aggiungono un ulteriore criterio di classificazione della malattia, utilizzando come discriminante la Frazione d'eiezione (FE) derivata dall'esame ecocardiografico e definendo pazienti con HFrEF (SC a FE ridotta), HFmrEF (SC a FE intermedia e HFpEF (SC con FE preservata). Tale strumento sebbene permetta allo specialista cardiologo di pianificare al meglio le strategie terapeutiche e il follow-up del paziente, rimane una classificazione più selettiva che male si presta ad un uso in equipe multidisciplinare.

Obiettivi

Obiettivi di questo PDTA sono:

1. Migliorare la presa in carico e la continuità di cura territorio-ospedale
2. Standardizzare i processi di diagnosi e cura
3. Prevenire le riacutizzazioni e ridurre le ospedalizzazioni
4. Rallentare l'evoluzione verso lo scompenso cardiaco avanzato
5. Facilitare il lavoro multidisciplinare e l'integrazione tra professionisti sanitari (medici, infermieri di famiglia/comunità, specialisti) e con il settore sociale, per progetti di salute personalizzati.

Indicatori di esito

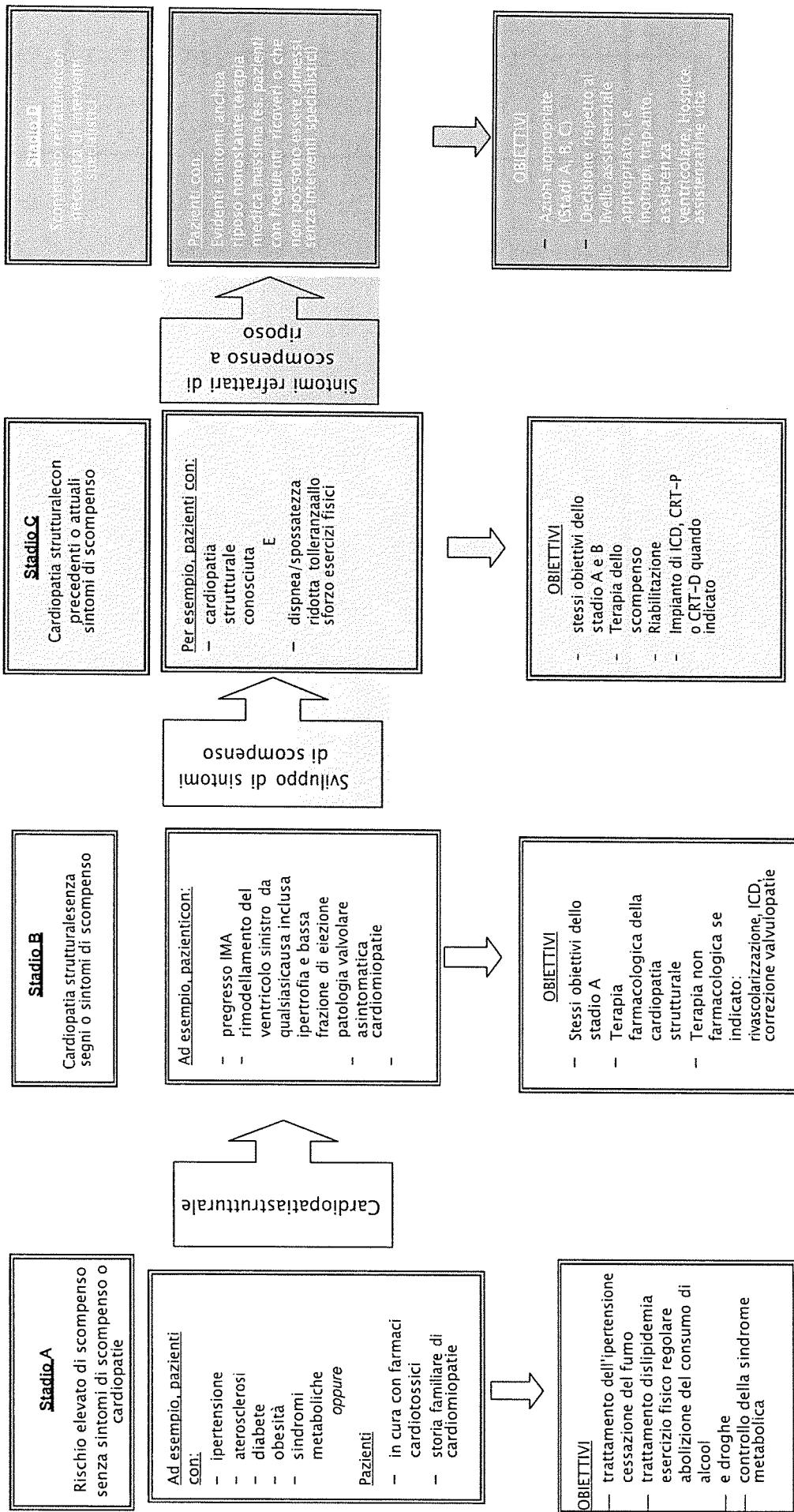
Per ciascun obiettivo è di seguito riportato il relativo indicatore di esito e la tempistica di verifica.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 12 di 44

1. Numero di pazienti arruolati in POHEMA/Numero pazienti >18 anni dimessi con diagnosi di SC (vedi codici ICD in Appendice) x 100. Valore atteso entro 12 mesi > 50% entro 24 mesi 90% (Ospedale →Territorio); Numero di pazienti arruolati in POHEMA e segnalati dalla COT al referente del reparto che accetta il pz/il n. di pazienti arruolato in POHEMA e che ha necessitato un ricovero x 100, valore atteso > 50% in 12 mesi ed entro 24 mesi 90% (Territorio→Ospedale).
2. Almeno 2 eventi divulgativi e formativi, per distretto nei 12 mesi, destinati agli operatori sanitari coinvolti e incremento del numero di esenzioni con codice 021.428 del 50% in 12 mesi;
3. Riduzione del Tasso di riospedalizzazione a 30 gg per SC del 30% nel triennio 2026-2029;
4. Riduzione del 30% del tasso di pazienti con numero di ospedalizzazioni per anno > 3 entro il triennio 2026-2029;
5. Numero di MMG e cardiologi con credenziali per accesso a POHEMA/numero totale di MMG e cardiologi >90% entro 12 mesi

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento	Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: 0 Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE		
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO dei pazienti con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		

Figura 1 - Classificazione dei pazienti con scompenso (ACC/AHA, 2022)



 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 14 di 44

Modello di presa in carico

I pazienti a rischio di sviluppare scompenso od affetti da scompenso presentano caratteristiche cliniche ed esigenze assistenziali diverse a seconda dello stadio della malattia.

La gestione efficace di questa patologia non può pertanto prescindere da un approccio integrato territoriale ed ospedaliero, adattato alle necessità del singolo paziente; ad esempio, nelle fasi di stabilità della malattia il paziente può essere seguito a livello ambulatoriale con il coinvolgimento integrato dei medici di medicina generale, degli infermieri e degli specialisti, mediante telemedicina, mentre nelle fasi avanzate e/o di instabilità della malattia può essere necessaria un'assistenza più intensiva come quella ospedaliera e/o domiciliare integrata (ADI).

E' pertanto possibile proporre il seguente modello di gestione integrata, sulla base delle Linee Guida della European Society of Cardiology, che prevede pertanto il coinvolgimento dei seguenti professionisti:

- MMG
- Infermieri di famiglia
- COT
- Case di comunità
- Ambulatori cardiologici dedicati ospedalieri e territoriali

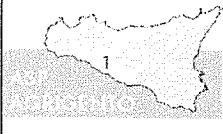
Tale modello consentirà di integrare le diverse professionalità, garantendo una completa ed appropriata gestione dei casi, nel rispetto della responsabilità terapeutica affidata al MMG.

Per ogni stadio della classificazione ACC/AHA si identificano funzioni, attività e compiti di ciascun professionista.

Ruolo e Compiti dei Professionisti

Medico di Medicina generale (MMG)

Il MMG è coinvolto nella presa in carico quale principale attore dei pazienti a più bassa intensità di cura, ma rimane sempre il riferimento del paziente anche nei casi più complessi, rappresentando il **care manager** del proprio assistito.

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 15 di 44

Il MMG gestisce autonomamente o in collaborazione con lo specialista i pazienti in condizioni di stabilità seguendoli con controlli periodici (anche mediante televisita) focalizzandosi in particolare sul coinvolgimento attivo del paziente, il costante adeguamento della terapia in termini di tipo e dosaggio di farmaci, la verifica della stabilità clinica e l'identificazione precoce di peggioramento della malattia e delle sue cause, concordando con il paziente il rilevamento di specifici parametri, e loro periodicità, necessari per il monitoraggio della evoluzione della malattia.

Ruolo dello Specialista Cardiologo Territoriale

Lo specialista territoriale, rappresenta lo snodo fondamentale tra la fase ospedaliera e la fase territoriale, rendendo operativa l'integrazione delle due fasi, fungendo da supporto nella co-gestione dei casi con il MMG

Le attività di sua pertinenza sono:

- Primo inquadramento clinico, conferma sospetto diagnostico, identificazione eziologica e fattori favorenti la progressione di malattia
- Effettuazione valutazione clinica, ECGrafica ed ecocardiografica, fornendo i parametri quantitativi che consentono di discriminare la presenza dall'assenza di malattia strutturale e/o funzionale del VS, disfunzione sistolica e disfunzione diastolica
- Stratificazione prognostica e del livello di gravità dei pazienti per impostare il trattamento e il successivo FU presso il setting assistenziale adeguato
- Certificazione della malattia cronica ai fini dell'esenzione
- Elaborazione PAI (o patto di cura) in condivisione con il MMG e l'impostazione terapeutica
- Prescrizione di piano terapeutico di rimborsabilità ove possibile (anche in remoto)
- Controlli periodici previsti dal PAI
- Visita di controllo, rivalutazione clinico terapeutica e strumentale dei casi in classe NYHA I, II e III stabile e in collaborazione con il MMG
- Consulto al MMG (eventuale teleconsulto)

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 16 di 44

- Richiesta e prenotazione di eventuali esami addizionali di II livello, presso struttura ospedaliera informandone il MMG, per approfondimento diagnostico/eziologico dello SC, (Test da sforzo cardiorespiratorio, coronarografia o TC coronarica, angioplastica coronarica, impianto di pacemaker/ICD, RMN cardiaca, ecc.) su agende dedicate e concordate con lo specialista cardiologo ospedaliero e mediante interfaccia con la COT
- Controllo terapia e aggiornamento trattamento quando necessari
- Eventuale indicazione alla riabilitazione cardiologica
- Effettuazione visita urgente se richiesta dal MMG presente in AFT secondo i criteri clinici
- Prestazione in televisita quando previsto

Ruolo dello Specialista Ospedaliero

All'ospedale spetta la gestione dei pazienti complessi e/o con grave disfunzione cardiaca, di qualsiasi eziologia e classe funzionale, che possano necessitare di interventi diagnostico-terapeutici di II livello o che richiedano un intenso livello assistenziale. Possono essere di pertinenza cardiologica, ma alcune categorie di pazienti (insufficienza renale severa o terminale, stati settici attivi, insufficienze respiratorie parenchimali acute su croniche, talvolta e di caso in caso possono anche essere di pertinenza della medicina interna o della geriatria, in un ottica di reciproca collaborazione interna e alla specifica organizzazione dei vari PO dell'ASP. Al fine di ottimizzare i percorsi sono stati condivisi i criteri di invio dei pazienti ai rispettivi ambulatori specialistici identificando in linea di massima i criteri clinici.

Ambulatorio Cardiologico Ospedaliero dedicato allo scompenso cardiaco

- Effettuazione esami di approfondimento di II livello, in day service (PAC) o day hospital.
- Visita di controllo post-dmissione (anche in telemedicina) di pazienti provenienti dalle UO cardiologiche o da altri Reparti, sulla base delle caratteristiche cliniche (cardiopatia ischemica severa, cardiopatia valvolare, cardiopatia dilatativa a bassa FE, aritmie...). Alla visita di controllo potrà far seguito, a giudizio clinico, la possibilità di eseguire ulteriori accertamenti strumentali (necessari al completamento diagnostico o alla calendarizzazione del follow-up) utilizzando il PAC Scompenso Cardiaco (Rx torace, ECG Holter, Test da sforzo cardiopolmonare, etc.) Questi verranno richiesti e

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 17 di 44

pianificati con prescrizione direttamente dallo specialista e con il coinvolgimento delle COT.

- Gestione e follow up di pazienti in classe NYHA III-IV non completamente stabilizzati, per ottimizzazione della terapia post-dimissione
- Gestione del monitoraggio a distanza previsto per tutti pazienti portatori di dispositivo impiantabile (PM, ICD, CRT, CRT-D) così da poter ottenere il controllo remoto dei dispositivi ed utilizzare le loro diagnostiche utili per anticipare le condizioni di pre-scompenso. Ciò consente di attuare provvedimenti terapeutici a distanza, senza ospedalizzare necessariamente il paziente.
- Co-Gestione dei pazienti dimessi dalla UO di Cardiologia, arruolati nella piattaforma web-based di tele monitoraggio (POHEMA).
- Arruolamento in piattaforma (POHEMA) e gestione visita di controllo post-dimissione di pazienti provenienti anche dalla UO di Medicina Interna o da altri Reparti sulla base delle caratteristiche cliniche (comorbidità spiccata: diabete, BPCO, anemia, insufficienza renale cronica, arteriopatia periferica,,,) e mediante COT successivo invio all'ambulatorio cardiologico territoriale per il follow up successivo per i pazienti in Classe NYHA I, II, III stabile

Ruolo dell'Infermiere di famiglia

Nell'assistenza al paziente cronico sulla base dei principi su cui è fondato il Chronic Care Model la figura dell'infermiere rappresenta un professionista di riferimento per il paziente ovvero colui in grado di gestire in maniera efficace ed efficiente la presa in carico dell'assistito.

In tale ottica l'infermiere ha ruolo di **case manager** assistenziale e partecipa alla presa in carico del paziente ed esercita la sua professione con autonomia, applicando le sue specifiche competenze che spaziano anche nelle branche del coaching infermieristico e del supporto motivazionale.

L'assistenza primaria diventa innegabilmente un approccio pro-attivo diretto ai malati cronici, finalizzato a migliorare gli esiti e produrre un risparmio di risorse in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione e di progresso nell'integrazione con l'assistenza ospedaliera e sociale.

I principali compiti sono:

1. Individuazione dei bisogni assistenziali del paziente, eventuale individuazione del care giver.
2. Eventuali test per identificare il paziente "fragile" (SPPB, Mini- Cog, ecc).
3. Compilazione documentazione (scheda raccolta dati, cartella integrata informatizzata)
4. Educazione sanitaria al paziente e ai familiari su temi quali: corretta alimentazione (con particolare

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 18 di 44

riferimento al corretto apporto di sale e liquidi), importanza dell'attività fisica, stile di vita, auto rilevamento dei parametri vitali, monitoraggio del peso, diuresi, importanza dell'aderenza alla terapia e gestione della stessa, come riconoscere i sintomi e cosa fare in caso di ricomparsa.

5. Attività di counseling e informazione sulla patologia, educazione terapeutica
6. Applicazione procedure diagnostiche prescritte e rilevazione parametri clinici (ECG, misura PA, saturazione, eventuale prelievo o effettuazione di stick per peptidi natriuretici, rilevazione peso, monitoraggio bilancio idrico, ecc.)
7. In caso di utilizzo di presidi che consentano il monitoraggio a distanza (telemonitoraggio), gestione dei processi dall'arruolamento del paziente/care giver con educazione all'uso degli strumenti, verifica delle trasmissioni e segnalazione degli alert al medico.
8. Valutazioni periodiche rispetto alle azioni previste e ai risultati raggiunti.
9. Attività di rete con il MMG e con altre strutture istituzionali per agevolare il passaggio di informazioni e la gestione del processo.

In considerazione della complessità del percorso che vede il coinvolgimento di vari setting assistenziali, pur permanendo invariato il ruolo dell'infermiere, le funzioni si adattano alla realtà organizzativa al fine di porre sempre il paziente al centro e di facilitare l'integrazione tra i vari setting assistenziali anche in collaborazione con la COT.

Infermieri (IFeC) presenti nella Casa della Comunità: Pool di infermieri specificatamente formati per la presa in carico dei pazienti con cronicità che, in collaborazione con MMG e lo specialista territoriale provvedono alla rilevazione dei bisogni assistenziali dei pazienti, alla educazione terapeutica, al periodico counseling, verificando aderenza al percorso. Le informazioni raccolte dei pazienti arruolati nel programma vengono inserite nella relativa piattaforma, in condivisione con il MMG;

La presenza di un pool di infermieri inoltre garantisce l'accoglienza dei pazienti con cronicità, che accedono in condizioni di malattia stabile e permette all'infermiere di rilevare i parametri ed effettuare gli esami di competenza. Svolge ruolo proattivo nei riguardi dei pazienti arruolati nel PDTA dello SC a maggior rischio di instabilizzazione attraverso counseling personalizzato al fine di rilevare precocemente i sintomi e segni. Tale personale infermieristico si dedica anche ad ottimizzare le visite in telemedicina presso la CDC e la gestione a domicilio dei sistemi di telemonitoraggio mediante devices portatili.

Ambulatori specialistici: Oltre alle funzioni di counseling e di informazione rispetto alla patologia, provvedono alla effettuazione degli esami di loro competenza, alla rilevazione dei parametri, alla facilitazione dell'accesso del paziente agli ambulatori fungendo da eventuale raccordo tra i professionisti.

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 19 di 44

Ruolo della COT

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è gestita da infermieri e si pone come interfaccia gestionale dei pazienti ricoverati presso il presidio ospedaliero e che necessitano di assistenza post-dimissione ospedaliera e per i quali vengono pianificate le azioni organizzative tese all'allocazione verso il setting socio- assistenziale extraospedaliero più appropriato.

Si occupa di garantire al paziente arruolato in piattaforma POHEMA il percorso in fast-track più adeguato per l'esecuzione degli esami strumentali e/o le visite ambulatoriali o in televisita a completamento diagnostico o di FU richiesti dal MMG o dallo Specialista e relativi al PAI previsto per il paziente.

Interviene entro 12 ore dalla comunicazione di avvenuto ricovero di un paziente arruolato in POHEMA segnalando al referente designato presso la UO di Cardiologia di prendere in carico il paziente seguendone in percorso intraospedaliero.

Ruolo del Paziente e del caregiver

Nel trattamento di tutte le patologie croniche è necessario un patto terapeutico tra medico, infermiere, paziente e caregiver. L'obiettivo di sviluppare nel paziente e nei suoi familiari la capacità di interagire efficacemente con l'infermiere e con il MMG ha grande rilevanza: non sembra infatti attuabile con efficacia una gestione extraospedaliera di un paziente che non sia in grado di riconoscere e comunicare segni e sintomi evolutivi di una qualsiasi patologia cronica. L'équipe sanitaria dovrebbe pertanto ottenere la più attiva collaborazione del paziente, poiché l'adesione non convinta del soggetto porterebbe all'insuccesso dell'intervento programmato.

Ha il compito di segnalare precocemente e non appena possibile all'ifec di riferimento l'eventuale ricorso al PS e tutte le variazioni circa il proprio stato di salute.

Ruolo delle Associazioni dei Pazienti

L'aumento della consapevolezza e della capacità di autodeterminazione del paziente (empowerment) è punto di forza delle malattie croniche che globalmente considerate presentano una pluralità di bisogni . E' perciò necessario che gli operatori sanitari e i professionisti medici si facciano promotori di un rapporto costruttivo e collaborativo con i pazienti, incoraggiando la loro informazione e sostenendo atteggiamenti solidali e comunitari. Le Associazioni di volontariato dei pazienti svolgono un complesso lavoro di sostegno e, integrandosi in équipe con gli altri operatori coinvolti, hanno un

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 20 di 44

ruolo insostituibile nell'attuazione di compiti socio-assistenziali con l'obiettivo del miglioramento della qualità della vita del malato e dei suoi familiari.

Descrizione del percorso:

Stadio A

Secondo la classificazione ACC/AHA, i pazienti in stadi o A sono quelli a rischio di sviluppare una cardiopatia strutturale per la presenza di fattori di rischio cardiovascolari o situazioni cliniche particolari, quali ad esempio:

- ipertensione arteriosa
- aterosclerosi polidistrettuale
- diabete mellito
- sindrome metabolica o obesità
- insufficienza renale cronica
- assunzione prolungata di farmaci cardiotossici
- familiarità per cardiomiopatia.

Obiettivi di cura e assistenza

- Trattamento dell'ipertensione
- Cessazione del fumo
- Trattamento della dislipidemia
- Promozione dell'esercizio fisico regolare
- Abolizione del consumo di alcool e droghe
- Controllo della sindrome metabolica

Ruolo e compiti dei professionisti

MMG:

- identificazione dei pazienti con fattori di rischio o situazioni cliniche particolari (es. screening ipertesi, dislipidemici, obesi, sedentari)
- Controllo non farmacologico dei fattori di rischio (es. promozione attività fisica, controllo ponderale, consumo alcol)

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 21 di 44

- Impostazione e titolazione della terapia farmacologica personalizzata
- Follow-up clinico e strumentale

Medici Specialisti:

- Consulenza per i pazienti con problematiche non adeguatamente controllate dagli interventi di primo livello

Infermiere di famiglia:

- Educazione sanitaria di gruppo per i pazienti ed i loro familiari, in particolare orientata alla promozione di corretti stili di vita, alla corretta alimentazione ed all'aderenza della prescrizione terapeutica farmacologica e non farmacologica.

RACCOMANDAZIONI

Nei pazienti in stadio A

In caso di assunzione prolungata di farmaci cardiotossici:

- screening ecocardiografico *ad ogni ciclo di chemioterapia*

In caso di familiarità per cardiomiopatia:

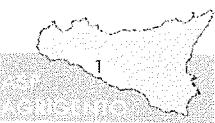
- screening ecocardiografico *ogni 3-5 anni*

In presenza di ipertensione e/o diabete e/o insufficienza renale cronica con segni di danno d'organo extracardiaco (es. arteriopatia):

- screening ecocardiografico *- al bisogno (in caso di variazione clinica)*

Strumenti assistenziali e di supporto

- Materiale informativo (brochure, dépliant, ecc.)
- Carta del rischio cardiovascolare
- Incontri informativi ed educativi di gruppo
- Cartella Clinica Informatizzata del MMG

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	Pagina 22 di 44	

Stadio B

Appartengono allo stadio B i pazienti asintomatici per scompenso, ma con cardiopatia strutturale nota ad alto rischio di evoluzione. Ad esempio:

- Pazienti in stadio A che hanno sviluppato una cardiopatia strutturale
- Pazienti con infarto miocardico con o senza rimodellamento ventricolare
- Pazienti con malattia valvolare cardiaca almeno moderata

L'ecocardiografia che integra la valutazione clinico-anamnestica ed elettrocardiografica, rappresenta la metodica strumentale di riferimento per l'identificazione di questi pazienti.

Obiettivi di cura e assistenza

- Stessi obiettivi dello stadio A
- Terapia farmacologica della cardiopatia strutturale
- Terapia non farmacologica se indicata: rivascolarizzazione, ICD, correzione valvulopatie

Ruolo e compiti dei professionisti

MMG:

- Identificazione dei pazienti nello stadio B
- Impostazione e adeguamento della terapia farmacologica in base alle esigenze terapeutiche del singolo paziente
- Follow-up clinico e strumentale in base alle caratteristiche cliniche del singolo paziente, in accordo con il Piano Assistenziale Individuale (PAI) concordato con lo specialista cardiologo
- Arruolamento dei pazienti nella piattaforma web dedicata (POHEMA)

Medici specialisti:

- Conferma diagnostica/terapeutica della cardiopatia strutturale e impostazione del follow-up clinico e strumentale e del PAI, in accordo con il MMG
- Arruolamento dei pazienti nella piattaforma web dedicata (POHEMA)

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 23 di 44

- Consulenza per problematiche non adeguatamente controllate dagli interventi di primo livello
- Indicazione al ricovero per screening delle cause del danno miocardio
- Valutazione di eventuali indicazioni a strategie non farmacologiche (rivascolarizzazione miocardica, correzione valvulopatie, impianto di device) e/o Riabilitative

Infermiere di famiglia:

- Educazione sanitaria per i pazienti ed i loro familiari, in particolare orientata alla promozione di corretti stili di vita, alimentazione ed all'aderenza della prescrizione terapeutica farmacologia e non farmacologica.
- Educazione del paziente (o del care giver) all'autocontrollo dei parametri di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso corporeo, bilancio idrico e saturazione periferica di O₂, installazione e avviamento app POHEMA sullo smartphone del paziente o del care giver
- Valutazione diretta periodica dei parametri clinico-assistenziali (es. pressione arteriosa, frequenza cardiaca e peso corporeo, ecc.) mediante chiamata diretta, visita ambulatoriale o domiciliare
- Segnalazione al MMG dei pazienti con problematiche rilevanti e collaborazione per la gestione diagnostico-terapeutica
- Interfaccia con la COT per la corretta programmazione delle visite ambulatoriali, delle televisite e degli esami strumentali e laboratoristici in fast-track dedicato

COT:

- Programmazione delle visite ambulatoriali, degli esami e delle televisite in fast-track dedicato secondo quanto prescritto nel PAI del paziente
- Assegnazione dell'infermiere di famiglia e comunicazione di avvenuta transizione ospedale-territorio e viceversa

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 24 di 44

RACCOMANDAZIONI

Nei pazienti in stadio B:

- **Infermiere di famiglia:** valutazione clinica *-periodica in base al PAI definito in POHEMA*
- **MMG:** valutazione clinica *- almeno 2 volte anno e ogni qual volta sia richiesto dall'infermiere di famiglia o dal care giver/paziente*
- **Specialista:** valutazione clinica *- almeno 1 volta l'anno*
- **COT:** *Coordinamento degli appuntamenti di televisita, assegnazione dell'infermiere di famiglia dopo arruolamento nella piattaforma e calendarizzazione degli esami prescritti dal PAI in fast-track dedicato*
- Esami strumentali/laboratoristici:
 - ECG a riposo *- 1 volta l'anno/al bisogno*
 - Ecocardiografia *- screening ogni 1 anno/al bisogno*
 - Es. di routine + NT-proBNP *- 2 volte l'anno/al bisogno*

Strumenti assistenziali e di supporto

- Stessi strumenti dello Stadio A
- Piattaforma web POHEMA per la condivisione delle informazioni
- Piano di trattamento e follow-up personalizzato (PAI) - si veda Schema di Follow-up su Piattaforma web dedicata

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	Pagina 25 di 44	

Stadio C

Lo Stadio C è caratterizzato da pazienti con cardiopatia strutturale e sintomi attuali o pregressi di scompenso cardiaco. Ad esempio:

- Pazienti in stadio B che hanno sviluppato segni e sintomi di scompenso cardiaco
- Pazienti con segni e sintomi di scompenso cardiaco di nuova insorgenza in pazienti con cardiopatia strutturale non precedentemente identificata

Criteri identificativi dei pazienti in stadio C

Valutazione complessiva basata sulla presenza di segni/sintomi e indagini strumentali e di laboratorio

1) Segni e sintomi:

- **Generali:** stanchezza, ridotta tolleranza allo sforzo, confusione mentale, palpazioni
- **Respiratori:** dispnea, tosse secca notturna, dispnea parossistica notturna, ortopnea
- **Ritenzione idrica:** edemi declivi a gli arti inferiori e addominale, nicturia, oliguria

2) Indagini strumentali e di laboratorio:

- **ECG:** patologico (ipertrofia ventricolo SX, blocco di branca SX, fibrillazione atriale, ecc.) o aspecifico (*un ECG normale non esclude una diagnosi di scompenso*)
- **Rx Torace:** presenza di congestione polmonare e/o cardiomegalia
- **Ecocardiografia:** positiva per disfunzione sistolica e/o diastolica sn e dx e/o valvulopatia significativa (moderata/severa) (Attenzione: la FE normale non esclude una diagnosi di scompenso cardiaco)
- **Peptidi natriuretici:** BNP>35 pg/mL o NT-pro BNP>125 pg/mL (da utilizzare per screening diagnostico e/o riacutizzazione)

Obiettivi di cura e assistenza

- Stessi obiettivi degli stadi A e B
- Terapia dello scompenso massimale
- Impianto di ICD, CRT-P o CRT-D quando indicato

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 26 di 44

- Riabilitazione cardiologica periodica

Ruoli e compiti dei professionisti

MMG:

- Valutazione clinico-anamnestica e richiesta di esami strumentali/laboratoristici di I livello (NT-proBNP) in presenza di segni e sintomi di scompenso cardiaco
- Richiesta di consulenza specialistica per conferma diagnostica, identificazione etiologica, stratificazione prognostica, impostazione terapeutica
- Richiesta di ricovero ospedaliero quando indicato
- Attivazione dei percorsi riabilitativi su richiesta dello specialista cardiologo
- Attivazione del percorso di gestione integrata e arruolamento dei nominativi dei pazienti su piattaforma web POHEMA
- Impostazione e/o adeguamento della terapia farmacologica in base alle esigenze terapeutiche del singolo paziente
- Follow-up clinico e strumentale personalizzato in collaborazione con lo specialista (PAI)
- Diagnosi precoce dell'aggravamento delle condizioni di scompenso cardiaco
- Individuazione dei fattori precipitanti (incremento del peso corporeo, riduzione della diuresi, incremento della FC, della PA, comparsa o peggioramento della dispnea, comparsa di ortopnea preferita o obbligata, bendopnea, incremento del NT-proBNP, ecc.)

Medici specialisti:

- Valutazione clinico-anamnestica, strumentale (ecocardiografia, Rx torace, ecc.) e laboratoristica per conferma/esclusione della diagnosi di scompenso
- Identificazione dell'eziologia, dei fattori favorenti/precipitanti e stratificazione prognostica
- Impostazione personalizzata e/o adeguamento della terapia farmacologica in base alle esigenze terapeutiche del singolo paziente
- Follow-up clinico e strumentale personalizzato in collaborazione con MMG (PAI)
- Programmazione di procedure terapeutiche non farmacologiche (ICD, CRT-P, CRT-D) e

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
		Pagina 27 di 44

riabilitative

- Intervento in caso di peggioramento clinico senza pronta risposta alla terapia o per comparsa di complicanze su chiamata del MMG

Infermiere di famiglia:

- Educazione sanitaria individuale del paziente e dei suoi familiari, in particolare verifica dell'aderenza e persistenza del paziente alla prescrizione terapeutica farmacologica e allo stile di vita e alla corretta alimentazione
- Valutazione periodica dei parametri (ad esempio: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, bilancio idrico e peso corporeo)
- Monitoraggio del paziente tramite:
 - Monitoraggio della Dashboard della piattaforma web e valutazione delle notifiche di alert;
 - Contatto telefonico periodico (da semestrale a settimanale o al bisogno) per informazioni sull'assunzione dei farmaci, sulla sintomatologia soggettiva del paziente, sulla capacità di svolgere le attività quotidiane, modificazioni della qualità del riposo notturno, modificazioni del peso corporeo, comparsa di malattie intercorrenti
 - Controllo ambulatoriale (da semestrale a mensile o al bisogno) o domiciliare periodico (da mensile a settimanale) per il rilievo dei parametri e richiesta di eventuale integrazione del giudizio dello specialista/MMG sulle condizioni del paziente
- Esecuzione di terapia endovenose a domicilio e di prelievi ematici prescritti dal MMG/Specialista
- Punto di riferimento per il paziente a fronte del peggioramento delle condizioni cliniche o del mancato rispetto dei parametri

COT:

- Programmazione delle visite ambulatoriali, degli esami e delle televisite in fast-track dedicato secondo quanto prescritto nel PAI
- Assegnazione dell'infermiere di famiglia e comunicazione di avvenuta transizione ospedale-territorio e viceversa

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 28 di 44

RACCOMANDAZIONI

Nei pazienti in stadio C e NYHA I - II:

- **Infermiere:** valutazione clinica – *controllo settimanale in telemonitoraggio e periodico/al bisogno domiciliare*
- **MMG:** valutazione clinica – almeno *1 volta al mese/al bisogno*
- **Specialista:** valutazione clinica – *3 volte l'anno/al bisogno*
- Esami strumentali:
 - ECG a riposo ed esami laboratoristici – *2 volte l'anno/al bisogno*
 - Ecocardiogramma – *2 volte l'anno/al bisogno (in caso di instabilizzazione o modifiche cliniche)*
 - Esami di laboratorio: - *2 volte l'anno*

Nei pazienti in stadio C e NYHA III:

- **Infermiere:** valutazione clinica – *giornaliera*
- **MMG:** valutazione clinica – *4 volte al mese/al bisogno*
- **Specialista:** valutazione clinica – *trimestrale/al bisogno*
- Esami strumentali:
 - ECG a riposo ed esami laboratoristici – *trimestrali/al bisogno*
 - Ecocardiogramma – *trimestrali/al bisogno (in caso di instabilizzazione o modifiche cliniche)*
 - Esami di laboratorio: - *3 volte l'anno*

Nei pazienti in stadio C e NYHA IV (solo se stabili): - attivazione ADI/Cure palliative

- **Infermiere ADI:** valutazione clinica – *giornaliera*
- **Infermiere di Famiglia:** - *supervisione settimanale della cartella ADI e interfaccia con MMG*
- **MMG:** valutazione clinica – *4 volte al mese/al bisogno*
- **Specialista:** valutazione clinica – *trimestrale/al bisogno*
- Esami strumentali:
 - ECG a riposo ed esami laboratoristici – *trimestrali/al bisogno*
 - Ecocardiogramma – *Trimestrali/al bisogno (in caso di instabilizzazione o modifiche cliniche)*
 - Esami di laboratorio: – *Trimestrali/al bisogno*

Strumenti assistenziali e di supporto

- Stessi strumenti degli Stadi A e B
- Percorsi facilitati per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera (Fast-

 DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: Nº di Revisione: 0 Data ultima revisione:
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		Pagina 29 di 44

track ambulatoriale e ospedaliero) – si veda Appendice

- Piano di trattamento e follow-up personalizzato (PAI) - si veda Schema di Follow-up su Piattaforma dedicata POHEMA
- Counselling infermieristico individuale

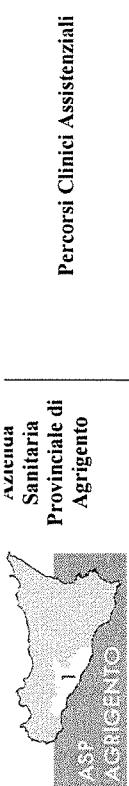
<p>Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento</p> <p>DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE</p> <p>Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco</p> <p>M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</p>	<p>Percorsi Clinici Assistenziali</p>	<p>Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: _____ N° di Revisione: 0 Data ultima revisione: _____</p>
--	---------------------------------------	---

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO OSPEDALE - TERRITORIO SCOMPENSO DI NUOVA INSORGENZA

Professionista	Attività	Sospetto diagnostico/Diagnosi	Azione
		Sospetto scompenso cardiaco acuto	
		<ul style="list-style-type: none"> • Edema polmonare acuto • Segni e sintomi di bassa portata • SC congestizio non acuto aggravato da tachicardia o bradicardia spiccate FC>130 bpm o <45 bpm o sospetta angina pectoris 	Richiesta ricovero urgente mediante 118
		Sospetto scompenso cardiaco	
		<ul style="list-style-type: none"> • Classe NYHA III 	Richiesta televisita cardiologica ambulatoriale entro 24 h (U) mediante COT e se non disponibile 118 e PS
		Sospetto scompenso cardiaco	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classe NYHA II 	Richiesta visita cardiologica ambulatoriale entro 10 gg (B)
		Sospetto scompenso cardiaco oligosintomatico	
		<ul style="list-style-type: none"> • Rx torace ed esami di laboratorio (BNP/pro-BNP/NT-proBNP, HbA1c, AST, ALT, Na, K, Azotemia, Creatinina, Emocromo, TSH, Esame urine, profilo lipidico) 	Richiesta visita cardiologica ambulatoriale entro 30 gg (D) Per eventuale arruolamento in POHEMA
		Conferma/esclusione diagnosi di SC:	
		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi ezioologica e valutazione funzionale • Stratificazione prognostica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impostazione della terapia farmacologica ▪ Pianificazione eventuali procedure terapeutiche non farmacologiche ▪ Inserimento in POHEMA Consenso informato e liberatoria privacy ▪ Definizione PAI e assegna Ambulatorio dedicato ospedaliero se SC Classe C-D (NYHA III-IV) o Territoriale se Classe B o C (NYHA I-II) ▪ Invia comunicazione alla COT
		Prima visita cardiologica	
		<ul style="list-style-type: none"> • ECG • Ecocardiografia • Saturazione O2 	
		Intervento in caso di cambio setting	
	Ospedale → Territorio		Paziente dimesso con diagnosi di SC da Struttura ospedaliera e arruolato in POHEMA
COT			Assegna infermiere di famiglia e comunica al MMG la presa in carico

	Azienda Provinciale di Agrigento	Percorsi Clinici Assistenziali	Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025 Data: N° di Revisione: 0 Data ultima revisione:
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE			
Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con sospetto cardiaco M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale			Pagina 31 di 44

	Intervento in caso di cambio setting Territorio → Ospedale	Diagnosi di SC e inserimento in piattaforma da parte dello specialista Ambulatoriale	Avvisa la UOC di Cardiologia entro 12 h dall'accesso al PS
	Prima visita <i>Infermiere di famiglia</i>	Parametri clinici fuori standard e/o aggravamento dei sintomi Parametri clinici invariati senza aggravamento dei sintomi	Segnalazione al MMG Controllo periodico secondo cadenze prestabilite ambulatoriali, domiciliari o mediante intervento telefonico a seconda del PAI.
	Follow-up		
	Care giver	Parametri clinici fuori standard e/o aggravamento dei sintomi Parametri rilevazione dei parametri secondo PAI: PAS/PAD, FC, peso corporeo, ecc. e inserimento sull'app ■ Aderenza al PAI	Chiama all'infermiere di famiglia



Azienda
Sanitaria
Provinciale di
Agrigento

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco
M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025

Data:

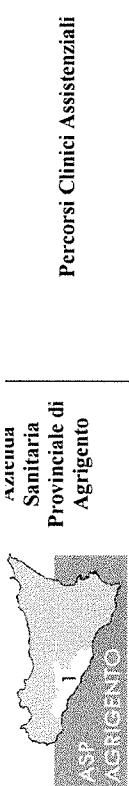
N° di Revisione: 0

Data ultima revisione:

Pagina
32 di 44

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO OSPEDALE TERRITORIO SCOMPENSO CARDIACO NOTO

Professionista	Attività	Sospetto diagnostico/Diagnosi	Azione
		Stabilità clinica	Controllo periodico Secondo PAI
		Sospetta instabilizzazione (classe NYHA II) Modifica delle condizioni cliniche del paziente	Richiesta visita cardiologica Ambulatoriale/Telemedicina entro 10 gg (B)
		Sospetta instabilizzazione (classe NYHA III) Modifica delle condizioni cliniche del paziente	Richiesta visita cardiologica Ambulatoriale/Telemedicina entro 24 H (U)
<i>Visita</i>		Sospetta instabilizzazione (classe NYHA IV)	
<i>MMG</i>	<ul style="list-style-type: none">• valutazioni cliniche e strumentali• valutazione della compliance terapeutica	<ul style="list-style-type: none">• Edema polmonare• Dispnea a riposo con ortopnea• Anasarca o severi edemi declivi con grave congestione venosa e/o oligoanuria• Aritmie minacciose e/o sintomatiche• Ipotensione (PAS < 80 mmHg) sintomatica e/o shock• Nuova evidenza clinica e/o strumentale di ischemia miocardica• Segni e sintomi di bassa portata• Refrattività alla terapia farmacologica orale non gestibile ambulatorialmente	<p>Richiesta ricovero urgente mediante 118</p>



Azienda
Sanitaria
Provinciale di
Agrigento

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

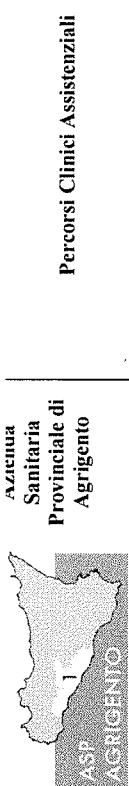
M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e teledicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025

Data:
N° di Revisione: 0
Data ultima revisione:

Pagina
33 di 44

Professionista	Attività	Sospetto diagnostico/Diagnosi	Azione
		<p>Stabilità clinica</p> <p>Conferma sospetta instabilizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peggioreamento tolleranza fisica • Angina • Aritmie sintomatiche (tachi/bradiaritmie) • Congestione • Ipertensione • Aumento creatinina • Aumento azotemia • Ipomatriemia • Iperkallemia • Ipokallemia 	Controllo periodico secondo PAI
Medico specialista	<p>Visita cardiologica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ECG ▪ Ecocardiografia ▪ Saturazione O₂ 	<p>Conferma sospetta instabilizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema polmonare • Dispnea a riposo con ortopnea • Anasarca o severi edemi declivi con grave congestione venosa e/o oligoanuria • Aritmie minacciose e/o sintomatiche • Ipertensione (PAS < 80 mmHg) sintomatica e/o shock • Nuova evidenza clinica e/o strumentale di ischemia miocardica • Segni e sintomi di bassa portata • Refrattività alla terapia farmacologica orale non gestibile ambulatorialmente 	<p>Richiesta recupero urgente</p>



Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025

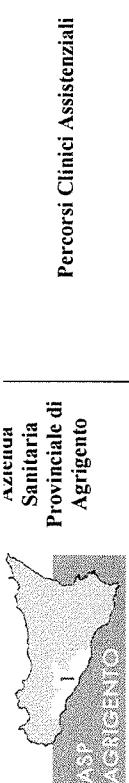
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco territoriale
M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
34 di 44

Professionista	Attività	Sospetto diagnostico/ Diagnosi	Azione
	Visita ■ Esame obiettivo: PAS/PAD, FC, peso corporeo, BMI, reperti di congestione venosa, analisi sintomi, diuresi, classe NYHA ■ Valutazione aderenza terapeutica ■ Aggiornamento cartella clinica informatizzata ■ Monitoraggio del paziente ■ Counseling ■ Piano personalizzato di assistenza	<ul style="list-style-type: none">■ Parametri clinici fuori standard e/o aggravamento dei sintomi■ Incremento ponderale persistente > 2-3 Kg in 2-3 giorni■ Instabilizzazione del compenso: Edema polmonare acuto; FC > 120 bpm; Ipertensione arteriosa persistente e/o sintomatica; Disturbi mentali attribuibili ad ipoperfusione cerebrale■ Peggioramento di classe funzionale NYHA: comparsa di dispnea, astenia, palpitazioni per attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali (NYHA III) o a riposo (NYHA IV), con conseguente grave limitazione dell'attività quotidiana oppure ansarca e/o severi edemi declivi con gravi segni di congestione venosa (turgore giugulare)■ Oligo -anuria■ Disturbi del ritmo sintomatici o asintomatici■ Mancata aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica per problemi cognitivi del paziente e inadeguata assistenza del caregiver	<p>Segnalazione al MMG</p> <ul style="list-style-type: none">■ Parametri clinici invariati senza aggravamento dei sintomi



Codice del documento: PDTA SCO-CA 1/2025

Percorsi Clinici Assistenziali

Data:

N° di Revisione: 0

Data ultima revisione:

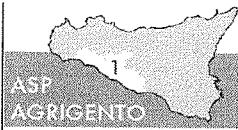
DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

Pagina
35 di 44**PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO INTRA-OSPEDALIERO**

U.O.	Attività	Diagnosi	Azione
Visita <i>Medicina di urgenza</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnesi ■ Esame obiettivo ■ RX torace ■ ECG ■ Emogasanalisi ■ Esami ematochimici ■ Ecocardiografia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Scompenso di nuova insorgenza ■ Scompenso noto riacutizzato 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ricovero breve in MU ■ Consulenza specialistica
Visita <i>Medicina specialistica</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inquadramento eziologico ■ Stratificazione prognostica ■ Correzione dei fattori precipitanti e delle comorbidità ■ Impostazione della terapia farmacologica ■ Pianificazione procedure terapeutiche non-farmacologiche 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Scompenso di nuova Insorgenza 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modifica terapia e arruolamento su POHEMA con segnalazione alla COT ■ Definizione del PAI se agganciato all'ambulatorio dedicato ospedaliero ■ Ricovero
Visita	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stratificazione prognostica ■ Correzione dei fattori precipitanti e delle comorbidità ■ Rivalutazione della terapia farmacologica ■ Pianificazione procedure terapeutiche non-farmacologiche 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Scompenso noto riacutizzato 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modifica terapia e PAI su POHEMA con segnalazione alla COT ■ Ricovero



Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
36 di 44

Stadio D

Lo Stadio D è caratterizzato da pazienti affetti da scompenso cardiaco con frequenti instabilitazioni nonostante terapia medica massimale, che possono necessitare, in casi altamente selezionati di trattamenti specialistici quali ad esempio il sostegno meccanico alla circolazione, procedure di rimozione dei fluidi, infusioni inotropiche continue, trapianto cardiaco. Nella maggior parte dei casi beneficia invece di una attività di cure palliative (Assistenza Domiciliare Integrata, hospice).

Obiettivi di cura e assistenza

- Azioni appropriate (Stadi A, B, C)
- Decisione rispetto al livello assistenziale appropriato, i.e inotropi, trapianto, assistenza ventricolare, Hospice, assistenza fine vita

Ruoli e compiti dei professionisti

MMG:

- Richiesta di ricovero ospedaliero quando indicato
- Adeguamento della terapia farmacologica in base alle esigenze terapeutiche del singolo paziente
- Follow-up clinico e strumentale in base alle caratteristiche cliniche del singolo paziente, in accordo con lo specialista e al PAI
- Diagnosi precoce dell'aggravamento delle condizioni di scompenso cardiaco con individuazione dei fattori precipitanti
- Valutazione e controllo delle comorbidità
- Attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata ed accessi al domicilio del paziente

Medici specialisti:

- Richiesta di ricovero ospedaliero quando indicato
- Riconoscimento dell'aggravamento delle condizioni di scompenso cardiaco con



Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
37 di 44

individuazione dei fattori precipitanti

- Adeguamento della terapia farmacologica in base alle esigenze terapeutiche del singolo paziente
- Follow-up clinico e strumentale in base alle caratteristiche cliniche del singolo paziente, in accordo con MMG e al PAI
- Intervento in caso di peggioramento clinico senza pronta risposta alla terapia o per comparsa di complicanze
- Indicazione alla CRT/ICD
- Indicazione alla ultrafiltrazione
- Accessi al domicilio su richiesta del MMG

Infermieri:

- Educazione sanitaria individuale del paziente e dei suoi familiari, in particolare verifica dell'aderenza e persistenza del paziente alla prescrizione terapeutica farmacologica e allo stile di vita e alla corretta alimentazione
- Valutazione periodica dei parametri (ad esempio, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e peso corporeo)
- Contatto telefonico periodico (settimanale) per informazioni sull'assunzione dei farmaci, sulla sintomatologia soggettiva del paziente, sulla capacità di svolgere le attività quotidiane, modificazioni della qualità del riposo notturno, modificazioni del peso corporeo, comparsa di malattie intercorrenti
- Controllo ambulatoriale (bisettimanale) o domiciliare periodico (da mensile a settimanale) per il rilievo dei parametri completati dal giudizio dello specialista/MMG sulle condizioni del paziente
- Coordinamento delle altre figure ADI/cure palliative
- Interventi infermieristici sui sintomi correlati sulla base del piano assistenziale personalizzato



Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
38 di 44

Strumenti assistenziali e di supporto

- Strumenti degli Stadi precedenti
- Assistenza Domiciliare Integrata/cure Palliative
- Dimissione protetta
- Hospice



Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
39 di 44

Appendice

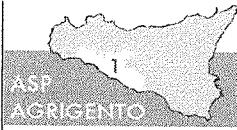
Strumenti per l'assistenza ed il supporto: Day-service

Il Day Service Ambulatoriale (DSA) è un modello organizzativo ed operativo, attuato in ambito ospedaliero e/o all'interno di una struttura ambulatoriale territoriale, che affronta problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse e che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi.

Il DSA è una modalità di esecuzione dell'assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista in seguito a visita od altra prestazione richiesta da parte del medico proscrittore, al fine di rispondere al quesito clinico, formulato su modulistica SSN/SSR, che fa riferimento ad una casistica complessa sia in senso clinico che organizzativo. Il DSA perciò, è centrato sul quesito clinico e non sulla singola prestazione e prevede l'identificazione di specifici percorsi assistenziali che possono essere rivolti a pazienti che presentano sintomatologia di nuovo esordio o di riacutizzazione/scompenso della patologia di base o che richiedono valutazioni periodiche programmate, sulla base di un protocollo predefinito.

Tale modello organizzativo permette di:

- garantire al paziente la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia effettuando le visite specialistiche, gli esami strumentali o le prestazioni terapeutiche necessarie in un solo giorno o in un numero limitato di accessi;
- offrire al medico specialista la possibilità di usufruire di tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale o in un struttura ambulatoriale polispecialistica, per formulare in breve tempo diagnosi, o effettuare terapie, che richiedono interventi multidisciplinari ma che escludono la necessità di sottoporre il paziente ad osservazione clinica in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital;
- consentire all'azienda sanitaria di ridurre il frazionamento di prenotazioni delle singole prestazioni ambulatoriali con il conseguente sovraccarico gestionale e le inevitabili duplicazioni.



Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
40 di 44

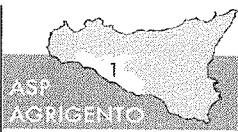
Schema di Follow-up PAI (Sintesi delle raccomandazioni)

	Raccomandazioni	Settimanale	Mensile	Semestrale	Altro
STADIO B	Valutazione clinica Infermiere di famiglia (ambulatoriale/televisita)				Trimestrale + Al Bisogno
	Valutazione clinica MMG (ambulatoriale/televisita)				Trimestrale + Al Bisogno
	Valutazione clinica Cardiologica (ambulatoriale/televisita) +ECG a riposo + Ecocardiogramma				Annuale + Al Bisogno
	Esami ematochimici di routine* con NT-proBNP			X	+ Al Bisogno
	Valutazione clinica Infermiere di famiglia (ambulatoriale/televisita)		X		+ Al Bisogno
	Valutazione clinica MMG (ambulatoriale/televisita)				Trimestrale + Al Bisogno
STADIO C NYHA I-II	Valutazione clinica Cardiologica (ambulatoriale/televisita) +ECG a riposo + Ecocardiogramma			X	+ Al Bisogno
	Esami ematochimici di routine* con NT-proBNP			X	+ Al Bisogno
	Valutazione clinica Infermiere di famiglia (ambulatoriale/televisita)	X			+ Al Bisogno
	Valutazione clinica MMG (ambulatoriale/televisita)		X		+ Al Bisogno
STADIO C NYHA III	Valutazione clinica Cardiologica (ambulatoriale/televisita) +ECG a riposo + Ecocardiogramma			X	+ Al Bisogno
	Esami ematochimici di routine* con NT-proBNP				Trimestrale + Al Bisogno

* Emocromo, Creatinina (VFG sec. Cockcroft-Gault), Azotemia, Elettroliti sierici, HbA1c, Colesterolo tot, HDL, Trigliceridi, LDL, AST, ALT, Sideremia, TSH

N.B Nella programmazione del follow up dovranno essere considerate le seguenti variabili:

- Classe NYHA
- Stabilità/instabilità clinica e terapeutica
- Ricoveri ospedalieri ripetuti
- Ecocardiografia
- Esami di laboratorio
- Comorbidità
- Fragilità sociale



Gestione integrata OSPEDEALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
41 di 44

Epidemiologia dello Scompenso

Stima della prevalenza e incidenza di malattia

Il dato di prevalenza e incidenza è stato calcolato mediante l'analisi dei dati disponibili dalle schede di dimissione ospedaliera (banca dati SDO) e dalla rilevazione regionale di mortalità.

La popolazione considerata è stata quella residente in Sicilia nell'ASP di Agrigento di età superiore o uguale a 18 anni, ricoverata negli anni 2022-2023-2024 in strutture pubbliche o private, in regime ordinario o di day hospital, con diagnosi principale o secondaria di scompenso cardiaco (codice ICD9-CM: 428.0; 428.1; 428.9; 402.01; 402.11; 402.91; 404.01; 404.03; 404.11; 404.13; 404.91; 404.93; 398.91).

Per ciascun anno sono stati individuati come casi incidenti, i pazienti che hanno avuto per la prima volta un ricovero con diagnosi principale o secondaria di scompenso cardiaco, non avendo avuto alcun ricovero con tale diagnosi nei tre anni precedenti. L'incidenza calcolata per ciascun anno, è stata espressa come tasso standardizzato per sesso ed età, su 1000 abitanti. Per la standardizzazione è stato utilizzato il metodo diretto e la popolazione presa come standard di riferimento è quella della Provincia di Agrigento del 2024.

I casi prevalenti di ciascun anno sono stati stimati come il totale dei casi incidenti individuati negli anni precedenti ed ancora in vita al 31 dicembre 2024 (la verifica dello stato in vita è stata effettuata in base ai dati del registro regionale di mortalità).

Analisi dei ricoveri ospedalieri classificati nel DRG127

Sono stati analizzati i ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco, (DRG 127) che riguardano i pazienti di 18 anni o più, ovvero ricoveri in regime ordinario che riportavano in diagnosi principale lo scompenso cardiaco (codice ICD9 -CM: 428.0; 428.1; 428.9; 402.01; 402.11; 402.91; 404.01; 404.03; 404.11; 404.13; 404.91; 404.93; 398.91).

Le ospedalizzazioni, per ciascun anno e per ciascuna provincia di residenza, sono state espresse come tassi standardizzati per età e sesso su 1000 abitanti. Il metodo utilizzato è quello della standardizzazione diretta, considerando come riferimento la



Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
42 di 44

popolazione della Sicilia nell'anno 2024.

Inoltre per ciascun anno preso in esame, sono stati analizzati i ricoveri ripetuti ovvero è stato calcolato il numero di pazienti con un solo ricovero, con due ricoveri, con tre e così via.

Per i dati di prevalenza dello SC in Classe B si è proceduto andando a individuare tutti i pazienti, che nel triennio precedente (2022-24) avessero la contemporanea prescrizione farmacologica di un ACE-inib/sartano, betabloccante, diuretico e MRA, che non avessero avuto un ricovero ospedaliero nello stesso periodo, che fossero ancora in vita al 31/12/2024 e che non avessero in dispensazione diretta una glifozina per l'indicazione SC.

Questo dato è stato poi standardizzato per il numero di residenti in provincia di Agrigento e con età > 18 anni.



Gestione integrata OSPEDALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
43 di 44

Bibliografia

Consensus Conference (2006), Il percorso assistenziale del paziente con scompensocardiaci , *Giornale Italiano di Cardiologia*, 7 (6): 387-432

Göhler A, Januzzi JL, Worrell SS, Osterziel KJ, Gazelle GS, Dietz R, Siebert U. (2006), A systematicmeta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure , *Journal of Cardiac Failure* , Sep;12(7):554-67. Review.

Gonseth J, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. (2004), The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta -analysis of published reports, *European Heart Journal*, Sep;25(18):1570-95.

Gwadry-Sridhar FH, Flintoft V, Lee DS, Lee H, Guyatt GH. (2004), A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure , *Archives of Internal Medicine* , 2004 Nov 22;164(21):2315-20. Review.

Holland R, Battersby J, Harvey I et al. (2005), Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure, *Heart*, 91: 899-906

Mc Alister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. (2004), Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials , *Journal of the American College of Cardiologists*, Aug 18;44(4):810-9. Review.

Medical Advisory Secretariat (2009), Community –based care for the specialized management of heart failure: an evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series;9(17), www.health.gov.on.ca/ohtas.

Mehra MR, Kobashigawa J, Starling R, Russell S, Uber PA, Parameshwar J, Mohacsy P, Augustine S, Aaronson K, Barr M. (2006), Listing criteria for heart transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation guidelines for the care of cardiac transplantcandidates , *Journal of Heart and Lung Transplantation*, Sep;25(9):1024-42.

G. Maciocco (2006), Malattie croniche: nuovi modelli assistenziali, *Prospettive sociali esanitarie* 3/2006: 6-8

Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. (2005), Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta -analysis , *European Journal of Heart Failure* Dec;7(7):1133-44.

Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, Wood L, Underwood M. (2005), Clinical service organization for heart failure, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Apr 18;(2):CD002752. Review.

2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines



Gestione integrata OSPEDEALE-TERRITORIO del paziente con scompenso cardiaco

M6C2 1.2.2 - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Pagina
44 di 44

Paul A. Heidenreich, Biykem Bozkurt, David Aguilar, Larry A. Allen, Joni J. Byun, Monica M. Colvin, Anita Deswal, Mark H. Drazner, Shannon M. Dunlay, Linda R. Evers, James C. Fang, Savitri E. Fedson, Gregg C. Fonarow, Salim S. Hayek, ...

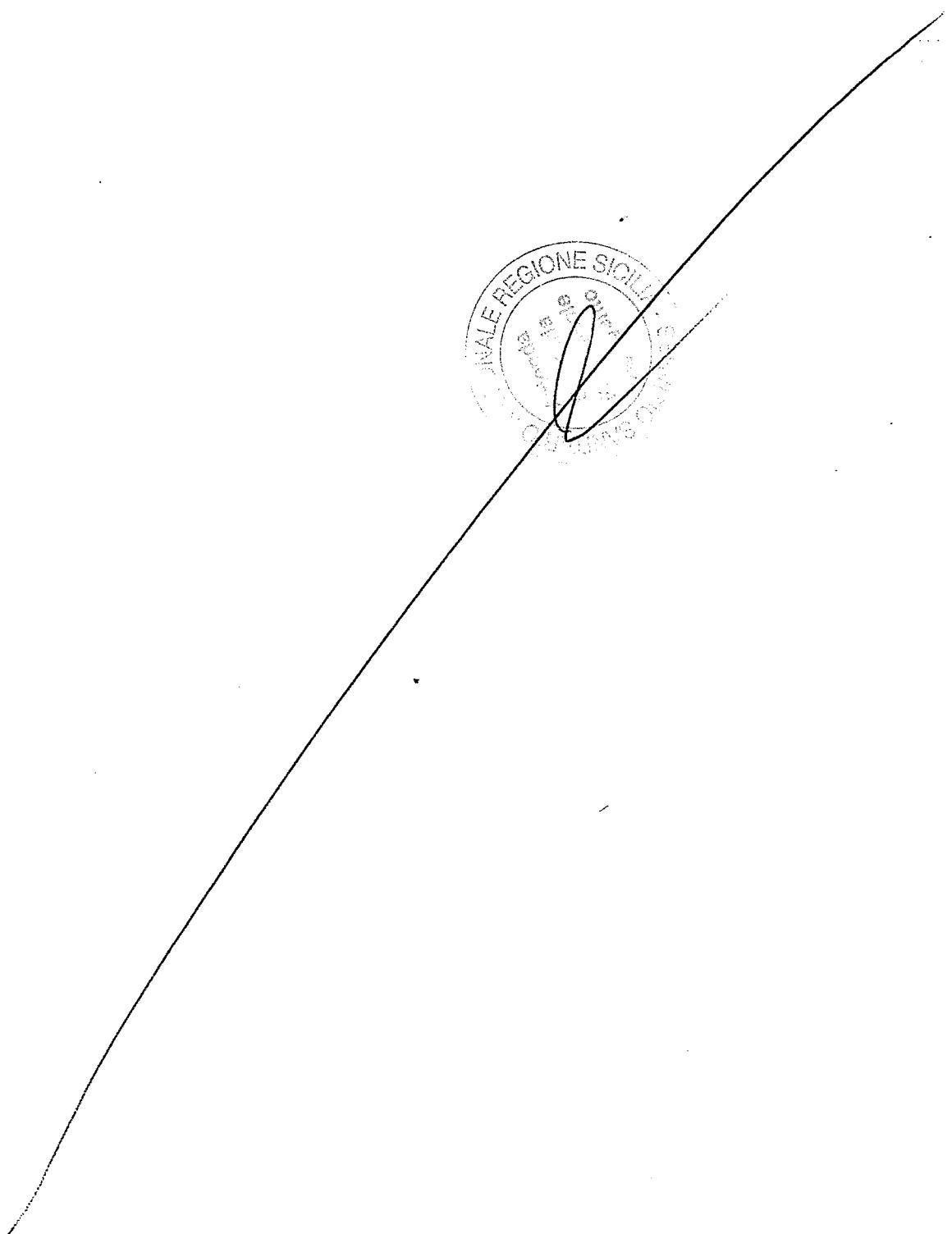
JACC. 2022 May, 79 (17) e263–e421

2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC Free. Theresa A McDonagh , Marco Metra , Marianna Adamo , Roy S Gardner , Andreas Baumbach , Michael Böhm , Haran Burri , Javed Butler , Jelena Čelutkienė , Ovidiu Chioncel ... European Heart Journal, Volume 44, Issue 37, 1 October 2023, Pages 3627–3639,

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>

2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC Free. Theresa A McDonagh , Marco Metra , Marianna Adamo , Roy S Gardner , Andreas Baumbach , Michael Böhm , Haran Burri , Javed Butler , Jelena Čelutkienė , Ovidiu Chioncel ... Show moreAuthor Notes. European Heart Journal, Volume 42, Issue 36, 21 September 2021, Pages 3599–3726,

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>



PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09

dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo,
dal _____

Immediatamente esecutiva dal 27 OTT. 2025

Agrigento, li 27 OTT. 2025

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Sig. DOMENICO ALAIMO
Consigliere Amministrativo

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi