
	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 1 di 16
---	---	---

PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)

Recepimento D.A. n. 1287 del 2.12.2021 Documento di indirizzo regionale "Criteri di appropriatezza nel follow-up clinico strumentale dei pazienti dopo Sindrome Coronarica Acuta (SCA)"

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott.ssa R. Iudicello Dirigente medico UOC Cardiologia Enna	25/07/2022	<i>Raffaella Iudicello</i>
	Dottor M. Castelli Resp. UOSD Cardiologia Nicosia	25/07/2022	<i>M. Castelli</i>
^{POC} Verifica	Dott. C. Vasco Direttore UOC Cardiologia – Enna Direttore Dipartimento Area Medica	25/07/2022	<i>Raffaella Iudicello</i>
Verifica Formale	Dott. P. Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	25/07/22	<i>P. Mirabile</i>
Approvazione	Dott. E. Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	26-07-22	<i>E. Cassarà</i>
Adozione	Dott. F. Iudica Direttore Generale	26-7-22	<i>F. Iudica</i>

	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 2 di 16
--	---	---

Sommario

1. SCOPO	3
2. REVISIONI	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. TERMINI E DEFINIZIONI	3
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	4
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	5
6.1. La presa in carico in acuzie	5
6.2. Il percorso del paziente: Educazione e lettera di dimissione	5
6.2.1 La lettera di dimissione	5
6.2.2 Educazione ed informazione del paziente	10
6.3. Gestione interna all'ASP di Enna	10
6.4. Stratificazione del rischio	10
6.5. Criteri di appropriatezza del follow up	12
6.5.1 Pazienti ad alto rischio clinico: Pazienti con FE <50% o con segni e sintomi di scompenso cardiaco	12
6.5.2 Pazienti ad alto rischio trombotico	14
6.5.3 Pazienti a rischio basso: Tutti i pazienti non compresi nel rischio alto e intermedio	15
7. RIFERIMENTI	15
8. ALLEGATI	15
9. INDICATORI	16
10. LISTA DI DISTRIBUZIONE	16



INTRODUZIONE

Le malattie a carico del sistema cardiovascolare sono, ancora oggi, la principale causa di morbilità e mortalità e si attestano come la voce di spesa più importante per i sistemi sanitari dei paesi europei. L'aumento della loro incidenza e della sopravvivenza dopo la fase acuta, l'invecchiamento della popolazione e l'implementazione degli interventi di prevenzione primaria e secondaria hanno determinato un incremento esponenziale delle prestazioni cardiologiche ospedaliere ed ambulatoriali, così da rendere difficile il mantenimento di un equilibrio tra i bisogni assistenziali del cittadino-paziente e la sostenibilità economica del sistema sanitario.

Tra le malattie cardiovascolari le più frequenti e rilevanti sono le Sindromi Coronariche Acute (SCA).

L'innesco del percorso post-ospedaliero dopo una SCA è rappresentato dalla lettera di dimissione, premessa necessaria e indispensabile, e da un'adeguata comunicazione con il paziente, oggetto del Decreto Assessoriale (DA) 1286/2014 "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico".

La Regione Siciliana, con l'intento di fornire agli operatori sanitari uno strumento guida per l'appropriata gestione assistenziale rivolta ai pazienti dopo SCA, garantendo un approccio integrato, uniforme ed omogeneo in tutto il territorio regionale, ha emanato il D.A. n. 1287 del 2.12.2021 Documento di indirizzo regionale "Criteri di appropriatezza nel follow-up clinico strumentale dei pazienti dopo Sindrome Coronarica Acuta (SCA)".

Il presente documento codifica le attività presso la ASP di Enna nel rispetto di quanto indicato dai Decreti assessoriali sopra citati.

1. SCOPO

Lo scopo principale del documento è quello di rendere omogenei i percorsi di gestione dei pazienti nel percorso post-dimissione dei pazienti dopo SCA al fine di migliorare l'appropriatezza e la continuità assistenziale ospedale-territorio, in un'ottica di riduzione dell'incidenza di nuovi eventi cardiovascolari, delle ospedalizzazioni associate e dei conseguenti costi assistenziali, nonché di evitare le inapproprietezze cliniche-strumentali e ridurre le liste di attesa.

2. REVISIONI

N° Revisioni	Data	Natura delle revisioni
0.0	20 07 2022	Emissione

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il percorso si applica presso le UUOO. Di cardiologia della ASP di Enna, presenti presso gli ospedali di Enna e Nicosia, a tutti i pazienti che hanno subito un ricovero per SCA.

4. TERMINI E DEFINIZIONI


Acronimi	
ASP	Azienda sanitaria provinciale
ECG	Elettrocardiogramma
FE	Frazione eiezione
UO	Unità operativa
MMG	Medico di medicina generale
SCA	Sindrome coronarica acuta



**5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

RESPONSABILITA'	Medico Cardiologo	Infermiere cardiologia	Responsabile UO Cardiologia	Responsabile UOC Controllo di gestione
Educazione del paziente durante la degenza	R	C		
Consegna materiale informativo a pazienti e caregiver	C	R		
Registrazione interventi educativi nella documentazione sanitaria (per competenza)	R	R		
Stratificazione rischio residuo pre dimissione	R			
Compilazione check list informazione educazione del paziente e inserimento in cartella clinica	R			
Indicazione in lettera di dimissioni di: <ul style="list-style-type: none">• rischio residuo• set minimo di informazioni• follow up	R			
Verifica indicatori processo			R	I
Verifica indicatori di esito			I	R

C= Coinvolto R= Responsabile I = informato

	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 5 di 16
--	---	---

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

6.1. LA PRESA IN CARICO IN ACUZIE

La Asp di Enna ha provveduto a codificare la presa in carico del paziente con SCA in acuzie con il documento: PROTOCOLLO SINDROMI CORONARICHE ACUTE (SCA).

Si rimanda a tale documento per i dettagli delle modalità operative.

6.2. IL PERCORSO DEL PAZIENTE: EDUCAZIONE E LETTERA DI DIMISSIONE

La durata limitata della degenza ospedaliera, nonostante il corretto approccio a tutte le emergenze cliniche connesse alla fase acuta, non rende possibile la risoluzione completa delle varie problematiche associate alle comorbidità e ai fattori di rischio del paziente. Pertanto, la complessità della malattia richiede un follow-up ravvicinato per il controllo dei fattori di rischio e dell'efficacia terapeutica. Vi è il rischio che il guadagno in termini di sopravvivenza in acuto venga perduto sul medio-lungo termine a causa di carenze nella pianificazione del follow-up, con conseguenti effetti quali la mancata aderenza alla terapia o i mancati controlli al momento giusto del percorso post-dimissione.

Per questi motivi la dimissione del paziente va pianificata prevedendo il confezionamento di un programma personalizzato esplicitato nella lettera di dimissione: questa, accompagnando il paziente nel suo rientro a casa va concepita come un documento strutturato.

6.2.1 La lettera di dimissione

La lettera di dimissione deve contenere un minimal data set:


- informazioni sull'evento che ha motivato il ricovero (diagnosi, esami eseguiti, referti, interventi terapeutici effettuati)
- condizioni al momento della dimissione (con indicatori prognostici specifici)
- piano di terapia da seguire a casa,
- indicazioni sui parametri da monitorare (tipo, frequenza, target),
- visite specialistiche/esami da eseguire post-dimissione, timing e sede dei controlli di follow-up;

queste indicazioni saranno redatte in base alla **stratificazione del rischio residuo**.

Sulla base del DA "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico è istituito un modello strutturato di lettera di dimissione in cui, oltre al minimal data set e ai principi generali da seguire, viene fornita anche una ampia documentazione fatta di schede educative da consegnare al paziente e ai suoi familiari, per aiutarli a rendere il percorso post-dimissione più consapevole e a favorire così l'aderenza alla terapia e ai corretti stili di vita.

Le lettere di dimissione per Sindrome Coronarica Acuta (SCA) devono riportare la stratificazione del rischio e il percorso di follow - up in accordo con i criteri di appropriatezza riportati precedentemente e devono rispettare i contenuti minimi indicati nella seguente tabella (DA 1285/2014)




	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 6 di 16
--	---	---

Numero item	Item	Campo	Note
1	Reparto ospedaliero	Intestazione completa del reparto e dell'ospedale	
2	Identificativo paziente	Nome e cognome, data di nascita	
3	Data di ammissione	Data	
4	Data di dimissione	Data	
5	cartella clinica	Numero di cartella clinica	
6	Diagnosi principale	Testo	Motivo principale del ricovero del paziente. Evitare acronimi e abbreviazioni
6	Diagnosi secondarie	Testo	Patologie associate e complicanze. Evitare acronimi e abbreviazioni
6 bis	Arteriopatia periferica sintomatica/asintomatica	Si/no	Indicare eventualmente referti di ecografia vascolare e/o indice di Winsor
6 ter	Insufficienza renale	Si/no	
6 quater	Storia di angina o pregresso IMA	Si/no	
6 quinque	Storia di intolleranze farmacologiche di allergie	Si/no	
7	Motivo del ricovero	Testo	Sintomatologia che ha motivato il ricovero
8	Modalità di ammissione	Elettiva/emergenza/trasferimento	
9	Anamnesi	Testo	Descrizione sintetica degli elementi anamnestici significativi. E' consigliabile un'articolazione cronologica per "punti essenziali"
10	Esami praticati	Testo	Evitare acronimi e abbreviazioni. Indicare la data dell'esame.
10 bis	Nel caso di ricovero per scompenso cardiaco e eventualmente per IMA: BNP e NT-proBNP	Indicare i livelli di BNP e NT-proBNP all'ingresso e alla dimissione	Nota esplicativa da inserire: BNP < 250 pg/ml o NT-proBNP < 1000 Basso rischio BNP 250-500 pg/ml o NT-proBNP 1000-5000 Medio rischio BNP > 500 pg/ml o NT-proBNP > 5000 Alto rischio
10 ter	Funzionalità renale	indicare eGFR (MDRD o CKD-EPI) ml/min	Nota esplicativa: stadiazione dell'insufficienza renale
10 quater	ecocardiogramma	Disfunzione sistolica VS: Assente	






		<p>Lieve (FE 40-50%) Moderata (FE 30-40%) Severa (FE < 30%) Disfunzione diastolica VS: Assente Grado I (Alterato rilasciamento) Grado II (Pattern pseudonormale) Grado III (Pattern restrittivo) PAPS Insufficienza mitralica > 1 (si/no) Alto score di asinergia e ventricolo non dilatato (si/no) NB è sufficiente che i suddetti dati siano indicati in referto eco allegato</p>	
11	Interventi eseguiti	Testo	Evitare acronimi e abbreviazioni. Indicare data dell'intervento
11 bis	Coronarografia	Testo	Indicare i principali risultati e gli interventi effettuati. Indicare in particolare l'eventuale presenza di una malattia multivasale, specie se sottoposta a rivascolarizzazione incompleta, o la mancata rivascolarizzazione/riperfusion
12	Decorso clinico	Testo	Descrizione di quanto accaduto al paziente durante il ricovero, incluse l'obiettività clinica all'ingresso e in seguito, le complicanze o le reazioni avverse da farmaci tali da giustificare la mancata osservanza delle vigenti linee guida. Indicare anche "nessuna complicanza"
13	Stato clinico	Testo	Indicare l'obiettività clinica (in particolare pressione arteriosa e frequenza cardiaca) e le condizioni generali del paziente alla dimissione, l'eventuale fragilità o instabilità residua, la capacità funzionale, i problemi attivi
13 bis	Classe NYHA alla dimissione	Numero romano	
13 ter	Nei ricoveri per scompenso cardiaco: Target della frequenza cardiaca	FC < 70 bpm Raccomandazione linee guida ESC 2019	
13 quater	Killip massima	Numero romano	

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 8 di 16
--	---	---


13 quinte	Uso di diuretici per dispnea o presenza di stasi	Si/no	
14	Prognosi e stratificazione del rischio	Testo	indicare il rischio residuo del paziente, utilizzando eventualmente, nelle dimissioni per SCA, score come il punteggio GRACE o GUSTO o la classificazione (alto rischio clinico, alto rischio trombotico, basso rischio) contenuta nel documento di Consenso ANMCO GICR-IACPR GISE.
15	Fattori di rischio	Testo	Indicare la presenza di fattori di rischio (fumo, sedentarietà, diabete, ipertensione, dislipidemia). Indicare peso corporeo e indice di massa corporea alla dimissione. Indicare gli eventuali interventi per la correzione dei fattori di rischio
15 bis	Per i pazienti con SCA: target LDL	LDL < 55 mg/dl Raccomandazione linee guida ESC 2019	
16	Eventuali risultati in attesa	Si/no	Se si specificare
17	allergie	Si/no	Se si specificare il tipo di reazione e di allergene
18	Farmaci già assunti interrotti	Nome del farmaco e motivo dell'interruzione	Riportare tutte le medicine assunte a domicilio e non più prescritte alla dimissione
19	Nuovi farmaci	Nome della molecola, dosaggio, via di somministrazione, numero ed orario delle somministrazioni, durata del trattamento (continuo o "fino al...")	Nuove medicine assunte durante il ricovero e prescritte alla dimissione. Indicare i motivi dell'eventuale non prescrizione di farmaci indicati dalle linee guida. Nel caso di farmaci per cui l'AIFA ha posto limitazioni alla rimborsabilità è necessario indicare il numero della nota quando si intenda prescrivere il farmaco a carico del SSN, in caso contrario scrivere Classe C. Fornire indicazioni circa l'opportunità di aumentare i dosaggi dei farmaci consigliati alla dimissione. Nel caso in cui si debba procedere a una prescrizione <i>off-label</i> (per una indicazione non presente in scheda tecnica, ma di cui ci sia letteratura a supporto, non esista alternativa terapeutica e si sia ricevuto il consenso informato del paziente) occorre specificare al paziente per iscritto NON A CARICO SSN (Decreto 19 settembre 2005 "Linee guida per la prescrizione di farmaci a carico del servizio sanitario nazionale" art. 3 "prescrizione di medicinali al di fuori delle condizioni e limitazioni d'impiego autorizzate (off-label) e



	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 9 di 16
--	---	---

			<i>prescrizione di farmaci non registrati in Italia"</i> pubblicato sulla GURS n.42 del 7.10.2005.
20	Farmaci confermati	Nome del farmaco. Indicare variazioni del dosaggio o del numero di somministrazioni	
21	Follow-up	Indicare data e tipo dei controlli post-ricovero.	Specificare il tipo di follow up consigliato, quando e da parte di chi. Va fornito un preciso appuntamento per il primo controllo cardiologico programmato a 1 mese, senza necessità di ricetta SSN. Fornire le date anche degli altri controlli quando possibile. Indicare anche necessità di un controllo precoce (non oltre 2 settimane dal ricovero, prima in casi particolari) da parte del MMG preferibilmente presso il suo studio. In casi complessi inserire una descrizione testuale della natura del follow-up Va segnalata al curante l'opportunità di fornire al paziente una relazione sulle modificazioni cliniche da lui osservate successivamente al ricovero.
21 bis	Prescrizione di Cardiologia riabilitativa,	1) Degenziale: si/no 2) Ambulatoriale: si/no	Secondo le indicazioni del documento "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente cardiopatico" Capitolo 5 paragrafo 5.3 capovero 6.
23	Altre informazioni	testo	Riportare ogni altra informazione considerata importante, ad esempio: consapevolezza del paziente della propria patologia, eventuali accordi coi servizi sociali, capacità lavorativa del paziente e necessità di eventuale astensione lavorativa
24	effettuazione di interventi educativi	testo	Indicare se sono state fornite indicazioni terapeutico-comportamentali riguardo alimentazione, attività fisica e fumo; se sono stati consegnati materiali scritti educazionali; se sono stati coinvolti familiari/caregivers
25	Medico che dimette	Nome e cognome, numero di telefono o e-mail per eventuali comunicazioni	
26	Firma del medico	firma	Apporre timbro con numero di iscrizione all'Albo professionale e codice ENPAM
27	Firma del Direttore o di suo sostituto	firma	Apporre timbro con numero di iscrizione all'Albo professionale e codice ENPAM



 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</p> <p>PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)</p>	<p>Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 10 di 16</p>
--	--	---

6.2.2 Educazione ed informazione del paziente

La lettera inoltre deve riportare una nota riguardo ad interventi di informazione o educazione rivolti ai pazienti e ai loro familiari/caregiver.

Il personale medico ed infermieristico, durante il corso della degenza provvede ad attivare momenti di educazione al paziente ed al caregiver (laddove presente). Questi momenti di educazione devono essere registrati in cartella clinica.

Il personale sanitario è tenuto all'utilizzo routinario di una check-list (ALLEGATO 1 Check list informazione/educazione del paziente) da allegare alla cartella clinica come da disposizione dell'art. 2 del DA 1286/2014, al fine di verificare il proprio livello di aderenza a un intervento comunicativo adeguato fondato su informazioni semplici, chiare ed essenziali a paziente e caregiver.

L'utilizzo di materiale illustrato, è di grande utilità, soprattutto nei casi di pazienti con limitazioni culturali come difficoltà linguistiche o un basso livello di alfabetizzazione sanitaria. Altre strategie operative utilizzate comprendono la consegna di schemi/calendari su tempi e modi di assunzione dei farmaci con indicazione degli orari e del rapporto con i pasti; si possono proporre strumenti (es. contenitori) per facilitarne la distribuzione giornaliera/settimanale.

In fase di dimissione il personale sanitario illustra le raccomandazioni dei comportamenti da tenere al domicilio e consegna le schede illustrate opportune per il paziente (ALLEGATO 2 Kit Educazionale).

6.3. GESTIONE INTERNA ALL'ASP DI ENNA

Presso al ASP di Enna sono presenti di 2 Unità operative di Cardiologia, presso l'ospedale di Enna e presso l'ospedale di Nicosia delle quali si riportano i recapiti:

Umberto I di Enna

Tel.: 0935 516232
mail: cardiologia.umberto@asp.enna.it

Basilotta di Nicosia


Tel.: 0935 671258
mail: cardiologia.basilotta@asp.enna.it

In fase di dimissione il paziente che deve effettuare follow up, il primo controllo a un mese viene prenotato direttamente dal medico dimettente e in lettera di dimissione viene indicata data e ora degli appuntamenti. In sede di primo controllo il cardiologo fornirà indicazioni per i controlli successivi che andranno prescritti dal medico curante.

6.4. STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

Per la stratificazione del rischio si fa riferimento a quanto indicato nel paragrafo 1 lettera B del Documento di indirizzo regionale "Criteri di appropriatezza nel follow-up clinico strumentale dei pazienti dopo Sindrome Coronarica Acuta (SCA)" Si precisa che tali raccomandazioni, aggiornate al momento della stesura del documento, potranno essere superate da nuove evidenze scientifiche riportate negli aggiornamenti periodici delle Linee guida nazionali e internazionali.



	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 11 di 16
--	---	--

È onere dell'operatore clinico verificare e fare riferimento alle più aggiornate linee guida in materia.

Sulla base di quanto finora analizzato, l'identificazione di differenti sottogruppi di pazienti dopo un evento coronarico acuto è quindi fondamentale, in quanto i percorsi diagnostico-strumentali da implementare devono differire in relazione alla categoria di rischio del paziente, allo scopo di fornire prestazioni di qualità ed appropriate, evitando cioè di dare troppo a chi richiede poco e viceversa, mantenendo la sostenibilità del sistema regionale.


Le modalità di follow-up dei pazienti dopo SCA, nonostante i numerosi suggerimenti della letteratura, non sono ancora ben definite e standardizzate. Le incertezze riguardano essenzialmente l'utilità e la tempistica delle prestazioni cardiologiche eseguite nell'ambito di un programma di follow-up clinico-strumentale di routine, l'assenza di una standardizzazione dei percorsi e il mancato adeguamento dell'intensità di follow-up al profilo di rischio del paziente.

Si delinea di seguito la modalità di stratificazione di base del rischio dei pazienti che tenga conto anche della capacità di risposta clinico-organizzativa del sistema sanitario regionale, basata su una gradazione non verticale ma orizzontale, in modo da focalizzare correttamente il percorso clinico del paziente e quindi la tipologia di interventi diagnostici e terapeutici per prevenire il progredire della sua malattia verso il rischio di morte e di disabilità grave:

- **Pazienti ad alto rischio clinico:** FE <50% o con segni e sintomi di scompenso cardiaco;
- **Pazienti ad alto rischio trombotico:** FE ≥50% ma con fattori di rischio aggiuntivi: età ≥65 anni, diabete mellito, insufficienza renale [clearance della creatinina <60 ml/min], arteriopatia periferica, coronaropatia multivasale, eventi ischemici ricorrenti;
- **Pazienti a basso rischio:** FE ≥50% e senza fattori di rischio aggiuntivi.

La scelta del cut-off della FE al 50% deriva dalla considerazione che tale condizione viene individuata nella Letteratura scientifica più recente e condivisa, e che i pazienti con FE tra 41 e 49% sono quelli con scompenso cardiaco a frazione di eiezione mildly reduced (HFmrEF) secondo le ultime linee guida ESC 2021 per lo scompenso cardiaco, nell'ottica di una prevenzione vera rivolta a tutti i pazienti che ancora hanno una chance di rimodellamento inverso grazie alla modifica dei fattori di rischio biologici, comportamentali e ambientali. Il riuscire a ridurre considerevolmente il numero dei pazienti che possa andare incontro a un secondo evento, nel momento in cui sono ancora in una fase di funzione ventricolare sinistra discretamente conservata (FE ≥50%) e non quando ormai hanno ben poco da recuperare, contribuirà sicuramente a ridurre le reospedalizzazioni, la prescrizione di esami inappropriati, la prescrizione di farmaci e presidi medico-chirurgici aggiuntivi, la compromissione della stessa FE, il deterioramento cognitivo associato alla riduzione della stessa, il rischio trombotico, le disabilità, i costi diretti e indiretti legati alla singola disabilità e la mortalità cardiovascolare a breve-medio termine.



	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 12 di 16
--	---	--

6.5. CRITERI DI APPROPRIATEZZA DEL FOLLOW UP

Vengono proposti quindi i seguenti criteri di appropriatezza:

6.5.1 Pazienti ad alto rischio clinico: Pazienti con FE <50% o con segni e sintomi di scompenso cardiaco.

Questo gruppo include categorie di pazienti molto differenti tra loro, che richiedono follow-up clinici e strumentali differenziati.

Gruppo A: Pazienti con gravi disabilità motorie o cognitive non recuperabili e con ridotta aspettativa di vita.

Una classificazione esemplificativa, ma non esaustiva, di tali pazienti è evidenziata nella Tabella 1:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Dipendenza completa nelle BADL (basic activities of daily living - attività della vita quotidiana) - Lesioni da decubito (II, III e IV stadio) - Nutrizione artificiale - Terapia infusione in corso - Patologie cronico-degenerative (diabete, pneumopatie, epatopatie cerebro-vasculopatie, ecc.) associate con rilevante deficit funzionale e significativi bisogni riabilitativi - Neoplasia in fase terminale o neoplasia avanzata con sintomatologia significativa - Demenza con gravi disturbi del comportamento e morbilità associate - Portatori di CVC, catetere vescicale, stomia o drenaggio chirurgico |
|--|

Tabella 1. Classificazione pazienti del gruppo A (mod. da Mennuni M, Gulizia MM et al: Position paper ANMCO: gestione della dimissione ospedaliera).

Per tali pazienti è auspicabile una dimissione protetta in continuità assistenziale, che può avvenire, in base alle condizioni cliniche e sociosanitarie:

- per rientro a domicilio, anche con attivazione dell'ADI;
- per ricovero in RSA;
- per ricovero in Istituti di Riabilitazione generale/lungodegenza ospedaliera ed extraospedaliera.

È auspicabile che l'effettuazione della visita dell'Unità Valutativa Multidimensionale venga effettuata entro 48-72 ore lavorative dalla richiesta da parte del reparto.

Gruppo B: Pazienti con accettabili e recuperabili condizioni cliniche, funzionali e cognitive, ma con instabilità clinica residua.

Una classificazione esemplificativa, ma non esaustiva, di tali pazienti è evidenziata nella Tabella 2:



- Necessità di riabilitazione
- Classe NYHA avanzata
- Necessità di terapia dialitica
- Necessità di terapia infusioneale

Tabella 2: classificazione pazienti del Gruppo B (mod. da Mennuni M, Gulizia MM et al: Position paper ANMCO: gestione della dimissione ospedaliera).

Tali pazienti otterrebbero i migliori benefici da una degenza presso una struttura cardiologica ospedaliera riabilitativa. Laddove non fosse possibile, sarebbe comunque auspicabile un percorso riabilitativo in DH o presso strutture ambulatoriali di Cardiologia Riabilitativa.

Gruppo C: tutti i rimanenti pazienti

Questi pazienti possono essere affidati, ove esistenti, a strutture ambulatoriali di Cardiologia Riabilitativa o ad ambulatori cardiologici ospedalieri o territoriali. Per tutti i pazienti ad alto rischio clinico è auspicabile seguire lo schema di follow up indicato in tabella 3:

	1 mese	3 mesi	6 mesi	12 mesi	24 mesi	ogni anno dopo il 24° mese
Valutazione clinica e aderenza terapeutica (contatto col MMG)	X	X	X	X	X	X
Visita cardiologica ed ECG	X	Xa	X	X	X	X
Esami ematochimici	X		X	X	X	X
Ecocolordopplergrafia cardiaca	Xb			Xb	Xb	Xb
Test funzionali (ECG da sforzo, test di imaging cardiovascolare)		Xc		Xc,d	Xc	Xc

Tabella 3: schema di follow up per i pazienti ad alto rischio clinico

a) per i pazienti con FE alla dimissione <40% o in caso di rivascolarizzazione incompleta o subottimale (facoltativa in funzione dello stato di salute del paziente)

b) nei pazienti con FE < 40% alla dimissione o al controllo precedente

c) da eseguirsi solo in caso di rivascolarizzazione incompleta o subottimale laddove il quadro clinico lo richieda

d) da eseguirsi nei pazienti diabetici o in cui si sospetti ischemia silente.



6.5.2 Pazienti ad alto rischio trombotico

Appartengono a questo gruppo tutti i pazienti, non compresi nel gruppo 1, che abbiano: FE \geq 50% con fattori di rischio aggiuntivi: età \geq 65 anni, diabete mellito, insufficienza renale (clearance della creatinina $<$ 60 ml/min), arteriopatia periferica, coronaropatia multivasale, eventi ischemici ricorrenti, pregressa rivascolarizzazione per via percutanea con PTCA di Tronco Comune, di IVA prossimale o dei tre vasi.

Il percorso assistenziale, almeno per un anno, dovrà essere garantito da ambulatori cardiologici ospedalieri o territoriali.

	1 mese	3 mesi	6 mesi	12 mesi	24 mesi	ogni anno dopo il 24 ^o mese
Valutazione clinica e aderenza terapeutica (contatto col MMG)	X	X	X	X	X	X
Visita cardiologica ed ECG	X		X	X	X	X
Esami ematochimici	X		X	X	X	X
Ecocolordopplergrafia cardiaca				X		
Test funzionali (ECG da sforzo, test di imaging cardiovascolare)			Xa	X	X	X

Tabella 4: schema di follow up per i pazienti ad alto rischio trombotico da eseguirsi solo in caso di rivascolarizzazione incompleta o subottimale e nei pazienti diabetici o in cui si sospetti ischemia silente.

Nota bene: Il suddetto timing è relativo ai soli pazienti stabili/asintomatici.



6.5.3 Pazienti a rischio basso: Tutti i pazienti non compresi nel rischio alto e intermedio

Per tali pazienti, oltre all'educazione/informazione sanitaria alla dimissione, è auspicabile seguire lo schema di follow up indicato in tabella 5:

	1 mese	3 mesi	6 mesi	12 mesi	24 mesi	ogni anno dopo il 24° mese
Valutazione clinica e aderenza terapeutica (contatto col MMG)	X	X	X	X	X	X
Visita cardiologica ed ECG	X			X	X	X
Esami ematochimici	X			X	X	X

Tabella 5: schema di follow up per i pazienti a basso rischio

Nota bene: Il suddetto timing è relativo ai soli pazienti stabili/asintomatici

7. RIFERIMENTI

D.A. n. 1287 del 2.12.2021 Documento di indirizzo regionale "Criteri di appropriatezza nel follow-up clinico strumentale dei pazienti dopo Sindrome Coronarica Acuta (SCA)"

D.A. 1286/2014 "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico"


8. ALLEGATI

ALLEGATO 1 Check list informazione/educazione del paziente

ALLEGATO 2 Kit Educazionale

ALLEGATO 3 Fac simile lettera dimissione Cardiologia Enna



 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	Azienda Sanitaria Provinciale Enna PERCORSO DI GESTIONE DEL PAZIENTE A SEGUITO DI RICOVERO PER SCA (SINDROME CORONARICA ACUTA)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 16 di 16
--	---	--

9. INDICATORI

tipo	Indicatore	Criterio di calcolo	Valore atteso	Frequenza rilevazione	Responsabile Rilevazione
processo	Percentuale di lettere di dimissione appropriate	Percentuale di lettere di dimissione per Sindrome Coronarica Acuta (SCA) dove vengono indicati la stratificazione del rischio e il percorso di follow - up in accordo con i criteri di appropriatezza riportati - Valore atteso 90%. (verificare tramite analisi dei flussi informativi correnti - SDO ed ambulatoriale)	90% di conformità su un campione annuale di cartelle cliniche di almeno 5% da verificare con audit di Reparto 95%	Annuale	Resp. UO Cardiologia
processo	Follow up	Percentuale di pazienti che effettuano visita cardiologica + ECG entro un anno dalla dimissione dopo Sindrome Coronarica Acuta	90%. (verificare tramite analisi dei flussi informativi correnti - SDO ed ambulatoriale)	Annuale	Resp. UOC Controllo di gestione
esito	Mortalità x SCA ad un anno	$\frac{(\text{Mortalità anno } x - \text{Mortalità (anno } x-1)) \times 100}{\text{Mortalità (anno } x-1)}$	>- 2%95%	Annuale	Resp. UOC Controllo di gestione
esito	MACCE	$\frac{(\text{MACCE anno } x - \text{MACCE (anno } x-1)) \times 100}{\text{MACCE (anno } x-1)}$	>- 2%95%	Annuale	Resp. UOC Controllo di gestione


Gli indicatori, eventuali non conformità, le relative motivazioni/possibili cause e le azioni correttive vanno inviati all'UOS Qualità e Rischio clinico.

10. LISTA DI DISTRIBUZIONE

UU.OO. di Cardiologia Asp di Enna
Controlli SDO
Controllo di gestione
UOC Cure primarie per la divulgazione a:

- MMG della provincia di Enna
- Cardiologi territoriali



	Azienda Sanitaria Provinciale Enna CHECK-LIST SULLE INFORMAZIONI DA FORNIRE AL PAZIENTE E AL CAREGIVER ALLA DIMISSIONE (da accludere alla cartella clinica)	Rev.0.0 20/07/2022 Pagina 1 di 16
---	---	---

D.A. 1286/2014 "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico"

Paziente

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

- il paziente è stato informato su cosa è successo, sulla sua malattia di cuore, su come riconoscere i segni e i sintomi di un attacco di cuore e cosa fare se avviene; ha ricevuto il materiale educativo scritto (allegato B);
- il paziente è stato informato sulla sua prognosi, sui suoi fattori di rischio e su come tenerli sotto controllo;
- il paziente è stato informato sulla necessità di assumere i farmaci nelle modalità e nei tempi prescritti e che essi aiutano a prevenire episodi futuri e possono prolungargli la vita; è stato informato sugli eventuali principali effetti collaterali dei farmaci e su come comportarsi in caso di loro comparsa; è stato informato sui rischi conseguenti alla loro interruzione;
- Il paziente, se fumatore, è stato informato dell'importanza di smettere di fumare, che il fumo aumenta la possibilità di avere un nuovo episodio e che può accorciare la durata della vita; gli è stato indicato a chi riferirsi per sostegno anti-fumo;
- Il paziente ha ricevuto le indicazioni su una dieta adeguata e gli è stato illustrato che questa aiuta a ridurre il rischio di nuovi episodi; ha ricevuto, se necessario, le indicazioni per contattare un servizio o un centro di dietologia;
- Il paziente è stato informato sull'importanza di una regolare attività fisica e ha ricevuto istruzioni per i prossimi giorni; è stato informato su attività lavorativa e sessuale e sulla guida di veicoli;
- Al paziente è stato spiegato l'importanza dei controlli successivi e ha ricevuto il programma di appuntamenti e i contatti telefonici/mail col centro in caso di eventuali necessità;
- È stato chiarito in modo esplicito al paziente che, tornato a casa, l'assistenza sarà fornita dal MMG con la consulenza di specialisti ospedalieri o del territorio; sono state precisate le circostanze in cui ricorrere al MMG o in cui è effettivamente necessario l'accesso a un DEA non filtrato dalla sua valutazione;
- I familiari/caregiver del paziente, se appropriato, sono stati coinvolti nel momento informativo;
- È stata verificata la comprensione di quanto sopra illustrato.

Data _____

Firma e timbro del medico che dimette _____

Firma del paziente/caregiver _____