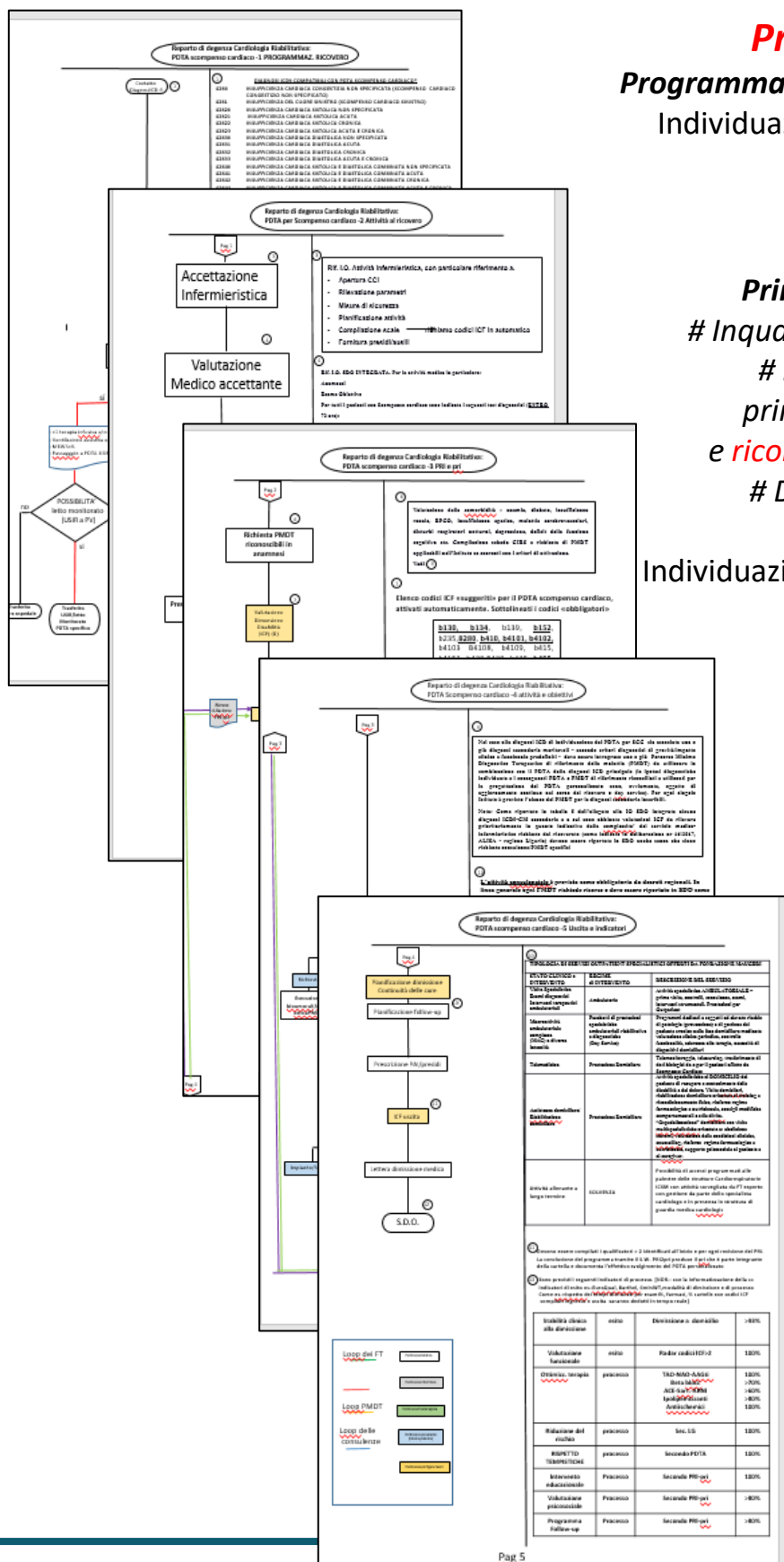


WORKSHOP

Egidio Traversi
DMC

PDTA di riferimento



A. Attività di Pro-ricovero

Programmazione del ricovero/days
Individuazione (1°) del PDTarif

B. Attività di Accoglienza

Primo inquadramento

Inquadramento assistenziale

Diagnosi biologica

principale e secondarie

e riconciliazione terapeutica

Diagnosi funzionale

e PRI-pri iniziale

Individuazione (1°) del PDTAunificato

C. Attività

**Diagnostica-
terapeutica**

realizzativa del

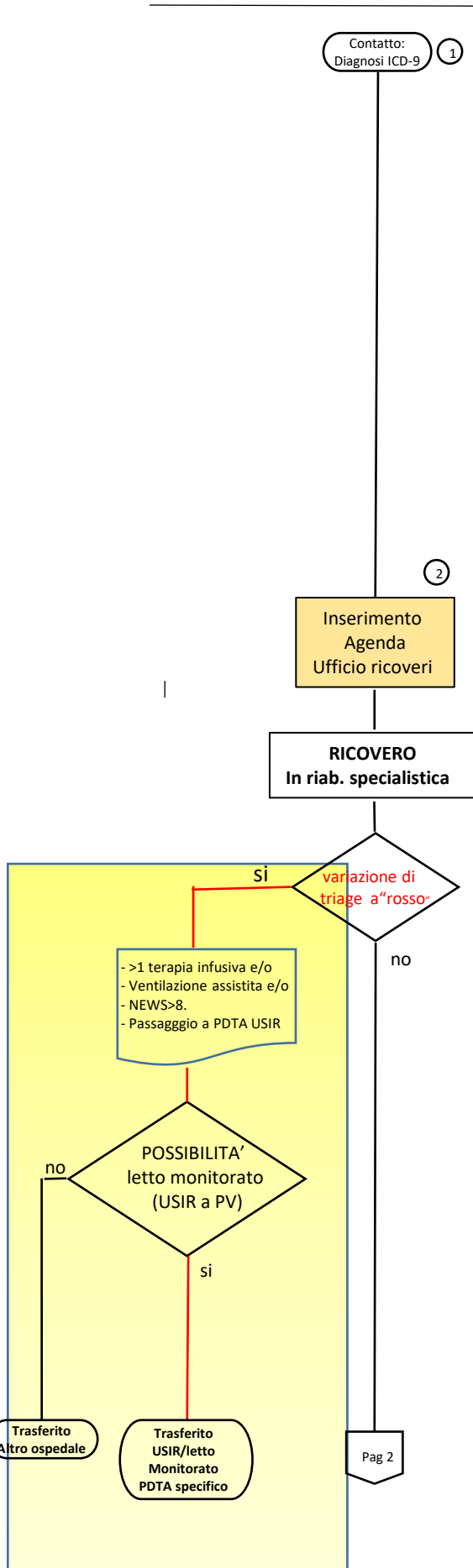
***PDTA di riferimento
con il PDTA
personalizzato?***

D. Attività di

Dimissione e di

Valutazione di base degli esiti

previste dal PDTArif per
eventuali proposte **di un
suo miglioramento**



1		DIAGNOSI ICD9 COMPATIBILI CON PDTA SCOMPENSO CARDIACO*
4280	INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA NON SPECIFICATA (SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO NON SPECIFICATO)	
4281	INSUFFICIENZA DEL CUORE SINISTRO (SCOMPENSO CARDIACO SINISTRO)	
42820	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA NON SPECIFICATA	
42821	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA ACUTA	
42822	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA CRONICA	
42823	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA ACUTA E CRONICA	
42830	INSUFFICIENZA CARDIACA DIASTOLICA NON SPECIFICATA	
42831	INSUFFICIENZA CARDIACA DIASTOLICA ACUTA	
42832	INSUFFICIENZA CARDIACA DIASTOLICA CRONICA	
42833	INSUFFICIENZA CARDIACA DIASTOLICA ACUTA E CRONICA	
42840	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA E DIASTOLICA COMBINATA NON SPECIFICATA	
42841	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA E DIASTOLICA COMBINATA ACUTA	
42842	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA E DIASTOLICA COMBINATA CRONICA	
42843	INSUFFICIENZA CARDIACA SISTOLICA E DIASTOLICA COMBINATA ACUTA E CRONICA	
4289	INSUFFICIENZA CARDIACA NON SPECIFICATA (SCOMPENSO CARDIACO NON SPECIFICATO)	
402.11	CARDIOPATIA IPERTENSIVA BENIGNA CON INSUFFICIENZA CARDIACA	
404.11	CARDIONEFROPATIA IPERTENSIVA BENIGNA CON INSUFFICIENZA CARDIACA E CON PATOLOGIA RENALE CRONICA	
V42.1	CUORE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	
V43.21	DISPOSITIVO DI ASSISTENZA CARDIACA	

In Regione Lombardia sono accettate in prima diagnosi anche:

3940	STENOSI MITRALICA
3941	INSUFFICIENZA MITRALICA REUMATICA
3942	STENO-INSUFFICIENZA MITRALICA
3949	ALTRE E NON SPECIFICATE MALATTIE DELLA VALVOLA MITRALE
3950	STENOSI AORTICA REUMATICA
3951	INSUFFICIENZA AORTICA REUMATICA
3952	STENO-INSUFFICIENZA AORTICA REUMATICA
3959	ALTRE E NON SPECIFICATE MALATTIE REUMATICHE DELL'AORTA
3960	STENOSI DELLA VALVOLA MITRALE E DELLA VALVOLA AORTICA
3961	STENOSI DELLA VALVOLA MITRALE E INSUFFICIENZA DELLA VALVOLA AORTICA
3962	INSUFFICIENZA DELLA VALVOLA MITRALE E STENOSI DELLA VALVOLA AORTICA
3963	INSUFFICIENZA DELLA VALVOLA MITRALE E DELLA VALVOLA AORTICA
3968	INTERESSAMENTO MULTIPLO DELLA VALVOLA MITRALE E DELLA VALVOLA AORTICA
3969	MALATTIE DELLA VALVOLA MITRALE E DELLA VALVOLA AORTICA, NON SPECIFICATE
3970	MALATTIE DELLA VALVOLA TRICUSPIDE
3971	MALATTIE REUMATICHE DELLA VALVOLA POLMONARE
3979	MALATTIE REUMATICHE DELL'ENDOCARDIO, VALVOLA NON SPECIFICATA

*Le diagnosi considerate nella tabella sono un sottoinsieme delle possibili diagnosi, possono svolgere il ruolo di diagnosi sia principale sia secondaria, altre diagnosi utilizzate nelle SDO potranno essere aggiunte con lo stesso metodo.

2		GRUPPI DI ACCESSO
		<ul style="list-style-type: none"> • pazienti con Scompenso cardiaco cronico (SCC) e recente ospedalizzazione o instabilizzazione clinica • pazienti sintomatici con persistente instabilità clinica (Classe Funzionale NYHA-New York Heart Association- III-IV) • pazienti candidati alla valutazione per - o già in lista di - trapianto cardiaco • pazienti sottoposti a trapianto di cuore • pazienti portatori di Left Ventricular Assist Device (L-VAD) [sono post CCH? Sono SCC?. PDTA a parte] • pazienti con scompenso cardiaco cronico e profilo clinico e/o strumentale ad alto rischio di instabilizzazione • pazienti con disfunzione ventricolare sinistra e miocardiopatia ad elevato rischio di scompenso cardiaco (stadio B dell'AHA/ACC)
		CRITERI CLINICI DI PRIORITA'
		A) provenienza diretta da Ospedale per acuti (Unità Operative di Cardiologia, Cardiochirurgia, Medicina, Geriatria) .
		B) instabilizzazione della malattia in pazienti potenziali candidati al trapianto di cuore o post-trapiantati o con assistenza ventricolare sin.:
		C) pazienti con controlli programmati ad un precedente ricovero o visita di follow-up per valutare la persistenza dei criteri di mantenimento in lista Trapianto,
		D) controllo della stabilità clinica e aggiornamento del programma di riabilitazione fisica in pazienti trapiantati e portatori di assistenza ventricolare,
		E) verifica della stabilità clinica in pazienti ad alto rischio di riacutizzazione/instabilizzazione,
		F) valutazione clinico-strumentale e programma riabilitativo in pazienti ad alto rischio di scompenso cardiaco

Pag 1

Accettazione
Infermieristica

Valutazione
Medico accettante

Riconciliazione farmacologica
(si riporta LG ESC2016)

Pag 3

Rif. I.O. Attività infermieristica, con particolare riferimento a.

- Apertura CCI
- Rilevazione parametri
- Misure di sicurezza
- Pianificazione attività
- Compilazione scale → richiamo codici ICF in automatico
- Fornitura presidi/ausili

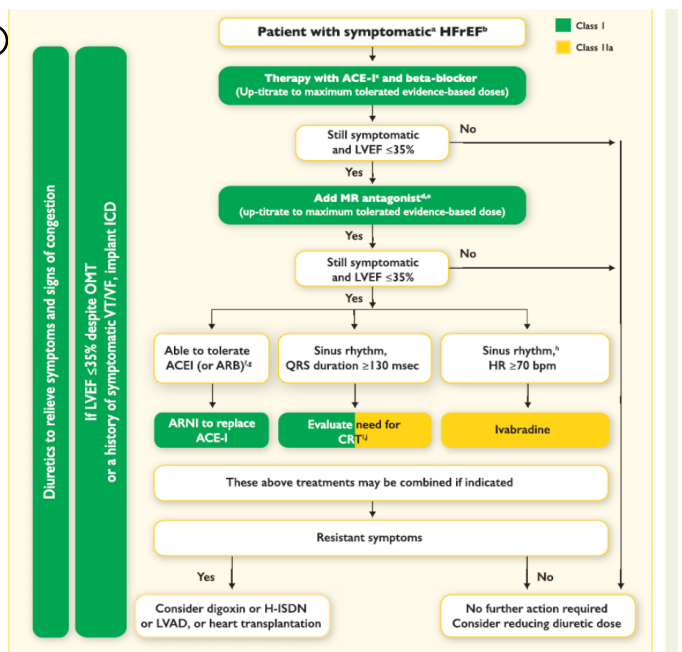
Rif. I.O. SDO INTEGRATA. Per la attività medica in particolare:

Anamnesi

Esame Obiettivo

Per tutti i pazienti con Scompenso cardiaco sono indicate i seguenti test diagnostici (ENTRO 72 ore):

- 1 Elettrocardiogramma a 12 derivazioni; monitoraggio continuo dell'ECG mediante telemetria, quando indicato (aritmie, ischemia)
- 2 Test di laboratorio per la valutazione di emocromo, funzione renale, epatica, elettroliti, profilo glicidico e lipidico, funzione tiroidea e monitoraggio seriato, quando indicato, di elettroliti e funzione renale,
- 3 Pulsossimetria (valutazione necessità di ossigenoterapia)
- 4 RX del torace (dimensioni cardiache e congestione polmonare, ed eventuali altre cause che possono contribuire o determinare i sintomi del paziente);
- 5 Ecocardiogramma con Doppler pulsato, continuo, a colori e tissutale. Una misura ripetuta di EF, volumi delle camere cardiache, pattern di riempimento transmitralico, rigurgiti valvolari, GLS, può essere utile in pazienti che hanno avuto una significativa variazione dello stato clinico/funzionale o dopo trattamenti che possono influenzare la funzione cardiaca o che possono essere candidati a impianto di device.



Pag 2

6

Richiesta PMDT
riconoscibili in
anamnesi

7

Valutazione
Dimensione
Disabilità
(ICF) (D)

8

Rimo=
dulazione
PRI-pri

PRI pri

Pag 4

Pag 4

6

Valutazione delle comorbidità : anemia, diabete, insufficienza renale, BPCO, insufficienza epatica, malattie cerebrovascolari, disturbi respiratori notturni, depressione, deficit della funzione cognitiva etc. Compilazione scheda CIRS e richiesta di PMDT applicabili nell'Istituto se coerenti con i criteri di attivazione.

Vedi 9

7

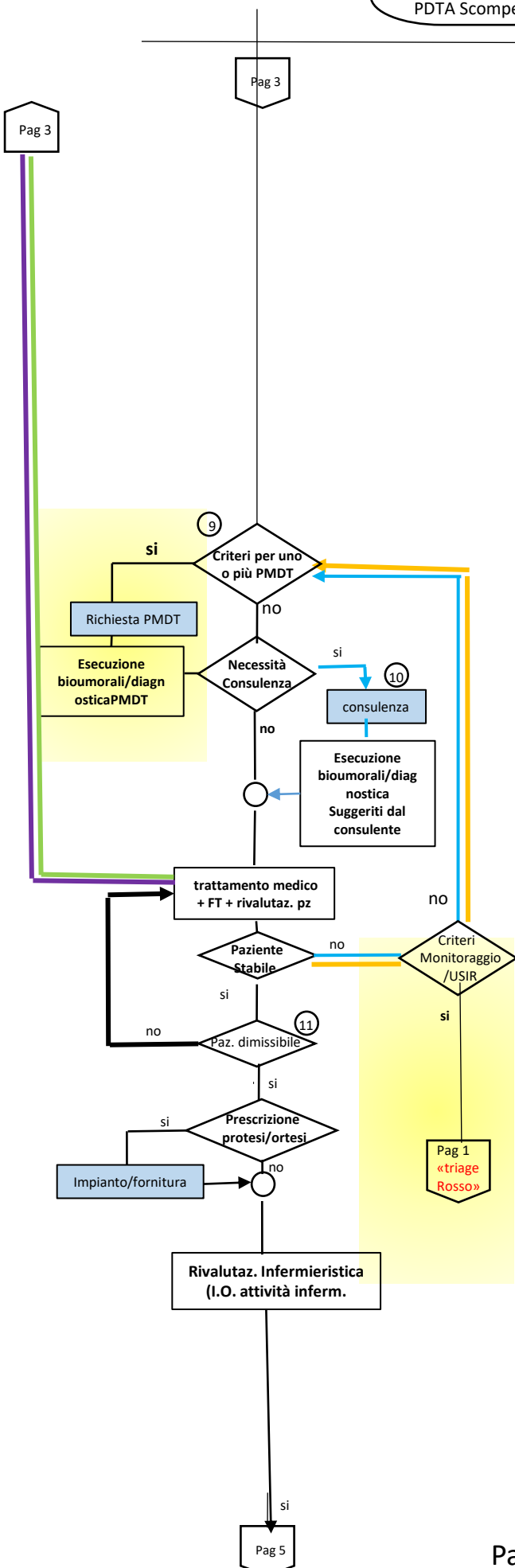
Elenco codici ICF «suggeriti» per il PDТА scompenso cardiaco, attivati automaticamente. Sottolineati i codici «obbligatori»

b130, b134, b139, b152,
b235, **B280, b410, b4101, b4102,**
b4103 B4108, b4109, b415,
b4152, b420, B430, b435, **b455,**
b460, b530, b540, b5401, b5402,
b5403, **b545,** B6100, b730,
b810, b820, **d230, D429, d450,**
d455, d4551, d5, d570, d760

8

L'estensione del PRI è ritenuta valida se eseguita entro le 24 ore dal ricovero. Utilizzando il SW PRI2pri è possibile generare il PRI , eventualmente modificabile in successive revisioni. DI MINIMA deve comprendere:

- Valutazione delle capacità funzionali residue (test del cammino dei sei minuti [ICF b455] e/o test ergometrico cardiopolmonare se le condizioni cliniche ne rendono possibile l'esecuzione);
- Stabilizzazione clinica, inclusa la gestione delle comorbidità [CIRS, PMDT, consulenze]
- **Riconciliazione della terapia farmacologica (Indicazione Ministeriale n°17) ed ottimizzazione del trattamento farmacologico, in accordo con le Linee Guida e secondo giudizio clinico [PMDT farmacia centrale]**
- Ottimizzazione del profilo lipidico e glucidico [ICFb5401, b5403], se necessario, con prescrizione dietetica e di eventuale trattamento farmacologico, in accordo con le Linee Guida e secondo giudizio clinico
- Training fisico e prescrizione di programmi di attività fisica individuali: impostazione di un programma di fisioterapia e attività fisica personalizzato al livello di disabilità iniziale e alla sua evoluzione [ICF b455]
- Valutazione psicosociale: Colloquio Psicologico di accoglienza ed attivazione di un programma strutturato sulla base della valutazione specialistica, del risultato dei test e dei bisogni rilevati [ICF b130, b152]
- Educazione sanitaria: incontri educazionali individuali e/o di gruppo finalizzati al raggiungimento dei seguenti obiettivi [ICF d5, d570]:
 - Abolizione del fumo, se fumatore
 - Correzione di abitudini alimentari incongrue
 - Controllo del peso corporeo e del metabolismo lipidico e glucidico
 - Gestione domiciliare della terapia farmacologica e dell'attività fisica
 - Controllo delle situazioni stressanti e del disagio psicologico
 - Gestione della malattia (*self-monitoring* e gestione domiciliare delle urgenze cardiovascolari)



9

Nel caso alla diagnosi ICD di individuazione del PDTA per SCC sia associata una o più diagnosi secondarie meritevoli - secondo criteri diagnostici di gravità/impatto clinico e funzionale predefiniti - deve essere intrapreso uno o più Percorso Minimo Diagnostico Terapeutico di riferimento della malattia (PMDT) da utilizzare in combinazione con il PDTA della diagnosi ICD principale (le ipotesi diagnostiche individuate e i conseguenti PDTA e PMDT di riferimento riconciliati e utilizzati per la progettazione del PDTA personalizzato sono, ovviamente, oggetto di aggiornamento continuo nel corso del ricovero o day service). Per ogni singolo Istituto è previsto l'elenco dei PMDT per le diagnosi secondarie inseribili.

Nota: Come riportato in tabella 5 dell'allegato alla IO SDO integrata alcune diagnosi ICD9-CM secondarie e a cui sono abbinate valutazioni ICF da rilevare prioritariamente in quanto indicative della complessità del servizio medico-infermieristico richiesto dal ricoverato (come indicato in deliberazione nr 16/2017, ALISA - regione Liguria) devono essere riportate in SDO anche senza che siano richieste consulenze/PMDT specifici

10

L'attività consulenziale è prevista come obbligatoria da decreti regionali. In linea generale ogni PMDT richiede risorse e deve essere riportato in SDO come diagnosi secondaria. Anche esami bioumorali e strumentali richiesti dal consulente e che abbiano determinato un consumo di risorse dovrebbero consentire l'inserimento in SDO di diagnosi secondaria correlata

11

Si considera raggiunto l'obiettivo del trattamento riabilitativo quando si evidenzia:

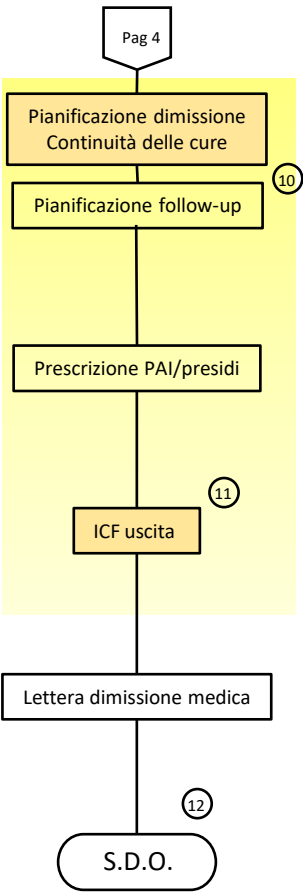
- una sufficiente stabilizzazione degli indici clinici, bio-umorali e strumentali, insieme ad una sufficiente stabilità emotiva.
- un sufficiente grado di autonomia funzionale nello svolgere le normali attività di relazione e nell'eseguire il programma di attività fisica previsto dai protocolli specifici.
- una discreta conoscenza e consapevolezza dei determinanti del rischio cardiovascolare e dello stile di vita da adottare per prevenire le recidive e ritardare la progressione della malattia.

In generale, la classificazione secondo la *New York Heart Association* (Classe NYHA) e/o la classificazione CCS dell'angina all'ingresso e dimissione sono utilizzate come indicatori dello stato clinico globale e delle sue variazioni; la modalità di dimissione (a domicilio) come indicatore di stabilizzazione clinica.

L'ottimizzazione della terapia medica sarà valutata in dimissione, avendo come riferimento le raccomandazioni *evidence based* delle Linee Guida ed il contesto clinico generale del paziente, incluse le comorbidità ed il grado di partecipazione/aderenza. Sono disponibili I.O. della farmacia Centrale per la gestione delle problematiche e delle interazioni tra farmaci in pazienti sempre più in politerapia, vista la numerosità delle comorbidità

Come indicatori strumentali del grado di autonomia funzionale vengono impiegati i seguenti test:

- test del cammino dei 6 minuti (distanza percorsa in metri) e/o
- carico lavorativo o equivalente energetico dell'attività fisica sostenuta durante il programma riabilitativo e/o
- test da sforzo su cicloergometro o su pedana mobile (treadmill) (carico lavorativo) e/o
- test ergometrico cardiopolmonare (carico lavorativo e VO2 max)
- [ICF b455, b730, d450, d455]



Le parti circondate in giallo sono da ritenersi appartenenti al PDTA personalizzato

10

TIPOLOGIA DI SERVIZI OUTPATIENT SPECIALISTICI OFFERTI DA FONDAZIONE MAUGERI		
STATO CLINICO e INTERVENTO	REGIME di INTERVENTO	DESCRIZIONE DEL SERVIZIO
Visita Specialistica Esami diagnostici Interventi terapeutici ambulatoriali	Ambulatorio	Attività specialistica AMBULATORIALE – prime visite, controlli, consulenze, esami, interventi strumentali. Prestazioni per Outpatient
Macroattività ambulatoriale complessa (MAC) a diversa intensità	Pacchetti di prestazioni specialistiche ambulatoriali riabilitative e diagnostiche (Day Service)	Programmi dedicati a soggetti ad elevato rischio di patologia (prevenzione) e di gestione del paziente cronico nella fase domiciliare mediante valutazione clinica periodica, controllo funzionalità, aderenza alla terapia, necessità di dispositivi domiciliari
Telemedicina	Prestazione Domiciliare	Telemonitoraggio, telenursing, trasferimento di dati biologici da e per il pazienti affetto da Scompenso Cardiaco
Assistenza domiciliare/ Riabilitazione domiciliare	Prestazione Domiciliare	Attività specialistiche al DOMICILIO del paziente di recupero e contenimento delle disabilità e del dolore. Visite domiciliari, riabilitazione domiciliare orientate al training e ricondizionamento fisico, rinforzo regime farmacologico e nutrizionale, consigli modifiche comportamentali e stile di vita. “Ospedalizzazione” domiciliare con visite multispecialistiche orientate a: abolizione sintomi, valutazione delle condizioni cliniche, counselling, rinforzo regime farmacologico e nutrizionale, supporto psicosociale al paziente e al caregiver.
Attività allenante a lungo termine	SOLVENZA	Possibilità di accessi programmati alle palestre delle strutture Cardiorespiratorie ICSM con attività sorvegliata da FT esperto con gestione da parte dello specialista cardiologo e in presenza in struttura di guardia medica cardiologic

11

Devono essere compilati i qualificatori > 2 identificati all’inizio e per ogni revisione del PRI. La conclusione del programma tramite il S.W. PRI2pri produce il pri che è parte integrante della cartella e documenta l’effettivo svolgimento del PDTA personalizzato

12

Sono previsti i seguenti indicatori di processo. [NDR.: con la informatizzazione della cc Indicatori di esito es.:EuroQual, Barthel, 6minWT,modalità di dimissione e di processo Come es.:rispetto dei tempi dichiarati per esami%, farmaci, % cartelle con codici ICF compilati ingresso e uscita saranno dedotti in tempo reale]

Stabilità clinica alla dimissione	esito	Dimissione a domicilio	>93%
Valutazione funzionale	esito	Radar codici ICF>2	100%
Ottimizz. terapia	processo	TAO-NAO-AAGti Beta blocc ACE-Sart.-ARNI Ipolepizzanti Antiischemici	100% >70% >60% >80% 100%
Riduzione del rischio	processo	Sec. LG	100%
RISPETTO TEMPISTICHE	processo	Secondo PDTA	100%
Intervento educativo	Processo	Secondo PRI-pri	100%
Valutazione psicosociale	Processo	Secondo PRI-pri	>80%
Programma Follow-up	Processo	Secondo PRI-pri	>80%