

**Parte seconda - N. 132**

**Anno 42**

**19 dicembre 2011**

**N. 187**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 NOVEMBRE 2011, N. 1598

**Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco. Linee di indirizzo regionali** 2

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 NOVEMBRE 2011, N. 1599

**Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici** 41

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 NOVEMBRE 2011, N. 1639

**Primi provvedimenti di attuazione della legge n. 38 del 2010: istituzione della Struttura di coordinamento regionale della Rete delle Cure palliative** 69

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 NOVEMBRE 2011, N. 1598

**Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco. Linee di indirizzo regionali**

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- la Legge regionale n. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale" e successive modificazioni;

- il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010, approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008, che promuove, tra l'altro, la continuità delle cure e il soddisfacimento di bisogni eterogenei attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali integrati tra i diversi setting assistenziali;

Valutato che l'Emilia-Romagna persegue da tempo quale obiettivo strategico quello di garantire alle persone affette da patologie croniche un percorso assistenziale integrato, attraverso lo sviluppo, la qualificazione e la specializzazione della rete dei servizi;

Considerato che le cure primarie costituiscono 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 quello di garantire alle persone affette da patologie croniche, con disabilità gravi ed in fine vita, percorsi assistenziali che sviluppino, qualificano e specializzino la rete dei servizi e valorizzino il sostegno delle famiglie;

Ritenuto che in tale ottica la gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico, richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali ed operative;

Rilevato che l'evoluzione del quadro epidemiologico verso un significativo incremento della cronicità e della non autosufficienza, rende assolutamente necessaria una ridefinizione dei modelli assistenziali sviluppando maggiormente gli interventi di self-care, disease e case management;

Considerato che 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 famiglia ed i caregivers informati ed educati a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia;

Rilevato inoltre che la presenza dei Nuclei di Cure Primarie in tutte le Aziende territoriali e l'importanza dello scompenso cardiaco quale patologia cronica hanno determinato la decisione di fornire alle Aziende indicazioni per la organizzazione ed attivazione di un modello di gestione integrata ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco;

Al fine di offrire una più appropriata, estesa e continuativa presa in carico dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, è stato costituito con Determinazione n. 2107 del 3/3/2010 un gruppo di lavoro regionale che ha avviato un percorso di confronto sul tema della gestione integrata ospedale territorio dei pazienti con scompenso cardiaco cronico ed ha elaborato il documento "Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco. Linee di indirizzo regionali";

Ritenuto pertanto opportuno approvare, il documento "Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco. Linee di indirizzo regionali", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione che ha l'obiettivo di garantire alle persone affette da scompenso cardiaco, un approccio assistenziale integrato uniforme e omogeneo in tutto il territorio regionale;

Considerato che il modello clinico-organizzativo regionale proposto è caratterizzato dalla presa in carico del paziente da parte di un gruppo multiprofessionale (medico di medicina generale, infermiere del nucleo di cure primarie e specialista cardiologo territoriale/ospedaliero) e da una pianificazione del follow up del paziente, si intende avviare, con il supporto del gruppo di lavoro sopraccitato, una successiva fase di studio finalizzata a valutare l'impatto del percorso diagnostico-terapeutico individuato e ad analizzare i fattori di successo e di ostacolo alla sua implementazione;

Viste le proprie deliberazioni:

- 1398/06 "Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale";

- 2011/07 "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4 della L.R. 29/04: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica"

- 427/09 "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PS-SR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali";

Richiamate altresì le proprie deliberazioni 1057/06, 1663/06, 2416/08 e succ. mod., 1173/09, n. 1377/10 e 1222/11;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute, Carlo Lusenti;

a voti unanimi e palesi,

delibera:

1. di approvare le linee di indirizzo "Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco. Linee di indirizzo regionali", in allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2. di avviare con il supporto del gruppo di lavoro sopraccitato, una successiva fase di studio finalizzata a valutare l'impatto del percorso diagnostico-terapeutico definito nel documento di cui al punto 1;

3. di pubblicare il presente atto, comprensivo dell'allegato, nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna.

**ALLEGATO**

Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

# **Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco**

## **Linee di indirizzo regionali**

## Sommario

1 Introduzione	- 3 -
1.1 Lo scompenso cardiaco	- 4 -
2 Dati epidemiologici	- 6 -
3 Metodologia	- 6 -
4 Modello di presa in carico	- 9 -
4.1 Stadio A	- 9 -
4.1.1 Obiettivi di cura e assistenza	- 9 -
4.1.2 Ruolo e compiti dei professionisti	- 10 -
4.1.3 Strumenti assistenziali e di supporto	- 10 -
4.2 Stadio B	- 11 -
4.2.1 Obiettivi di cura e assistenza	- 11 -
4.2.2 Ruolo e compiti dei professionisti	- 11 -
4.2.3 Strumenti assistenziali e di supporto	- 12 -
4.3 Stadio C	- 13 -
4.3.1 Obiettivi di cura e assistenza	- 13 -
4.3.2 Ruoli e compiti dei professionisti	- 13 -
4.3.3 Strumenti assistenziali e di supporto	- 15 -
4.4 Stadio D	- 21 -
4.4.1 Obiettivi di cura e assistenza	- 21 -
4.4.2 Ruoli e compiti dei professionisti	- 21 -
4.4.3 Strumenti assistenziali e di supporto	- 22 -
4.4.4 Criteri per il riferimento del paziente al Centro Trapianti	- 22 -
Appendice	- 24 -
Strumenti per l'assistenza ed il supporto	- 24 -
Day-service	- 24 -
Lettera di dimissione per lo scompenso cardiaco	- 25 -
Schema di Follow-up (Sintesi delle raccomandazioni)	- 27 -
Percorso del paziente affetto da scompenso cardiaco di grado avanzato potenzialmente candidabile al trapianto cardiaco	- 28 -
Epidemiologia dello Scompenso	- 33 -
Bibliografia	- 37 -

## 1 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).

Le cure primarie rappresentano uno degli elementi centrali di qualsiasi sistema sanitario: costituiscono 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 quello di garantire alle persone affette da patologie croniche, con disabilità gravi ed in fine vita, percorsi assistenziali che sviluppino, qualificano 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 famiglia 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:

- **la valutazione dei bisogni assistenziali** della comunità attraverso l'analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute;
- **l'organizzazione dei servizi sanitari** per aumentare le capacità di risposta ai cittadini affetti da patologie croniche;
- **l'identificazione di équipe multidisciplinari e multi professionali** che possano garantire un'assistenza integrata e personalizzata (MMG, specialisti, infermieri, 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.

L'Emilia-Romagna ha da tempo intrapreso la strada della ridefinizione dei servizi territoriali, come si evidenzia dalla normativa e dalle scelte di programmazione (LR 29/2004, PSR 1999-2001, DGR 2011/07, PSSR 2008-2010, DGR 1398/2006, DGR 427/09); tale percorso ha portato alla costituzione, in tutte le Aziende USL, dei Dipartimenti delle Cure Primarie e della loro articolazione territoriale: i Nuclei di Cure Primarie che riguardano prioritariamente i Medici di Medicina Generale, i Medici di Continuità Assistenziale, i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali, gli Infermieri, le Ostetriche, gli Assistenti Sociali ed è finalizzata a garantire l'accesso ad un ambito assistenziale in grado di fornire una risposta integrata.

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 dei Nuclei di Cure Primarie in tutte le Aziende territoriali e l'importanza dello scompenso cardiaco quale patologia cronica hanno determinato la decisione di fornire alle Aziende indicazioni per la organizzazione ed attivazione di un modello di gestione integrata ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco.

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

- migliorare l'individuazione e la gestione dei pazienti con scompenso 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, una guida condivisa e coerente con le indicazioni della letteratura internazionale, promuovendo una modalità di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale in rete

### **1.1 Lo scompenso cardiaco**

Lo scompenso cardiaco (S.C.) rappresenta oggi una delle patologie croniche 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 nord americane (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 (GIC, 2006).

I modelli di gestione integrata dello scompenso, pur non avendo dimostrato evidenti vantaggi in termini di riduzione complessiva della mortalità, hanno evidenziato vantaggi (Mc Alister 2004, Gonseth 2004, Gwady-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
- 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) 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.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Cfr. DRG 427/09 "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali"

## 2 Dati epidemiologici

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 (ReM) (vedi appendice ).

E' stata stimata, per l'anno 2009, un'incidenza di scompenso cardiaco in Emilia-Romagna pari a 4,4 pazienti ogni 1.000 abitanti (range interprovinciale compreso tra 4,0 e 5,5) ed una prevalenza di 20,6 pazienti ogni 1.000 abitanti (range interprovinciale compreso tra 16,8 e 24,4). La tendenza registrata è quella di un incremento marcato e costante della prevalenza ed un lieve ma progressivo calo dell'incidenza (vedi appendice, Figura 1 e Tabelle 1-2).

Nel 2009, il numero di ricoveri per scompenso cardiaco (DRG 127) dei pazienti residenti in Regione Emilia-Romagna ovunque ricoverati, è stato 19.689, equivalente ad un tasso di ospedalizzazione pari a 4,7 ricoveri per 1.000 abitanti: dal confronto con gli anni precedenti si evince un lieve ma progressivo calo del numero di ricoveri nel tempo (vedi appendice, Figura 2 e Tabella 3).

L'analisi del numero di ricoveri annuali per DRG 127 per paziente evidenzia una percentuale di pazienti con un solo ricovero pari all'83%, 12,3% due ricoveri, 3% tre ricoveri, 0,87% 4 ricoveri (vedi appendice Tabella 4).

## 3 Metodologia

Il documento è stato elaborato per consenso da un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da medici di medicina generale, medici di organizzazione, specialisti cardiologi, di medicina interna ed infermieri provenienti dalle diverse Aziende sanitarie della Regione, con il coordinamento della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e dell'Agazia Sanitaria e Sociale regionale.

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 2009 dall'American College of Cardiology/American Heart Association, 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 a quella della NYHA, deriva dall'opinione condivisa che la NYHA rifletta una valutazione soggettiva 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.

Diversamente, i quattro stadi (A, B, C, D) che, secondo l'American College of Cardiology/American Heart Association, caratterizzano la progressione dello scompenso cardiaco (Figura 3) 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 morbilità che la mortalità della malattia.

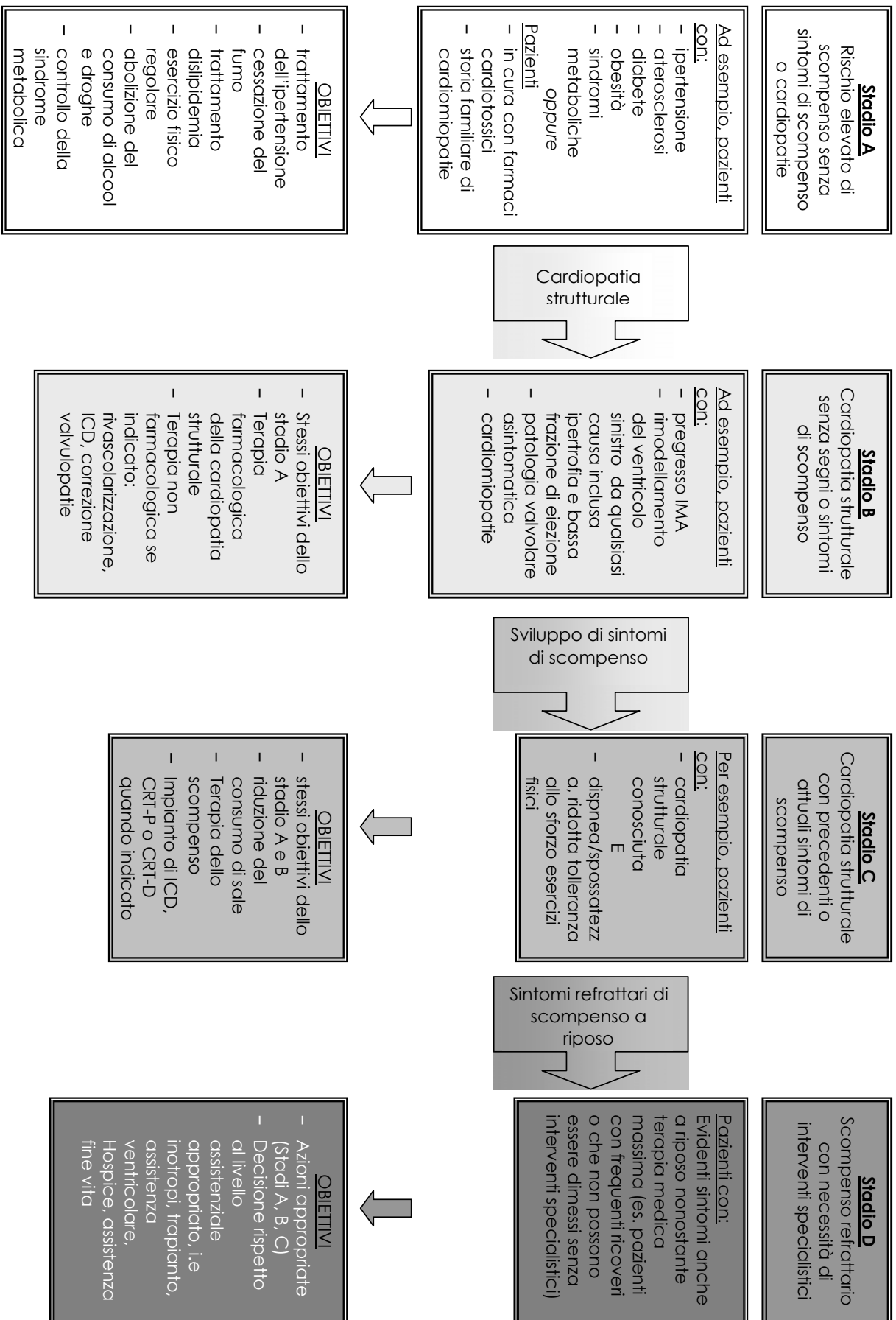
**Gli stadi A e B**, sono caratterizzati da pazienti non ancora scompensati ma con differenti gradi di rischio di sviluppare lo scompenso cardiaco. In particolare i pazienti



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

Questa classificazione riconosce pienamente l'esistenza di fattori di rischio oramai 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 morbilità e la mortalità associate allo scompenso.



## 4 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, 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 (<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-chronic-heart-failure.aspx>), che prevede pertanto il coinvolgimento dei seguenti professionisti:

- MMG
- Infermieri
- Medici specialisti cardiologi ospedalieri o ambulatoriali di riferimento

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.

### 4.1 Stadio A

Secondo la classificazione ACC/AHA, i pazienti in stadio 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.

#### 4.1.1 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

#### 4.1.2 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)
- 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

Infermieri:

- 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 cardiaco (es. obiettività o ECG alterati) o extracardiaco (es. arteriopatia):

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

#### 4.1.3 Strumenti assistenziali e di supporto

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

## **4.2 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.

### **4.2.1 Obiettivi di cura e assistenza**

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

### **4.2.2 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 lo specialista
- Trasmissione dei nominativi presso l'archivio informatizzato

*Medici specialisti:*

- Conferma diagnostica/terapeutica della cardiopatia strutturale e impostazione del follow up clinico e strumentale, in accordo con il MMG
- 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)

*Infermieri:*

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

- Educazione del paziente all'autocontrollo dei parametri di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso corporeo
- Valutazione periodica dei parametri clinico-assistenziali (es. pressione arteriosa, frequenza cardiaca e peso corporeo)
- Segnalazione al MMG dei pazienti con problematiche rilevanti e collaborazione per la gestione diagnostico-terapeutica
- Apertura ed aggiornamento della cartella clinica integrata

#### RACCOMANDAZIONI

##### Nei pazienti in stadio B:

- **Infermiere:** valutazione clinica – *periodica*
- **MMG:** valutazione clinica – *almeno 2 volte anno*
- **Specialista:** valutazione clinica – *almeno 1 volta l'anno*
- Esami strumentali:
  - ECG a riposo – *1 volta l'anno*
  - Ecocardiografia – *screening ogni 2 anni/al bisogno*

#### 4.2.3 Strumenti assistenziali e di supporto

- Stessi strumenti dello Stadio A
- Sistema Informativo Integrato per la condivisione dei dati tra gli attori del modello assistenziale

### 4.3 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

#### **Criteria 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, palpitazioni
- **Respiratori:** dispnea, tosse secca notturna, dispnea parossistica notturna, ortopnea
- **Ritenzione idrica:** edemi declivi agli 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 rende improbabile una diagnosi di scompenso)
- **Rx Torace:** presenza di congestione polmonare e/o cardiomegalia
- **Ecocardiografia:** positiva per disfunzione sistolica e/o diastolica e/o valvulopatia significativa (moderata/severa)
- **Peptidi natriuretici:** BNP>400pg/mL o NT-pro BNP>2000pg/mL (da utilizzare per screening diagnostico, mentre l'uso routinario non è raccomandato)

#### 4.3.1 Obiettivi di cura e assistenza

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

#### 4.3.2 Ruoli e compiti dei professionisti

MMG:

- Valutazione clinico-anamnestica e richiesta di esami strumentali/laboratoristici di I livello 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 del percorso di gestione integrata e trasmissione dei nominativi dei pazienti presso l'archivio informatizzato

- 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
- Diagnosi precoce dell'aggravamento delle condizioni di scompenso cardiaco con individuazione dei fattori precipitanti

*Medici specialisti:*

- Valutazione clinico-anamnestica, strumentale (ecocardiografia) 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
- Programmazione di procedure terapeutiche non farmacologiche (ICD, CRT-P, CRT-D)
- Intervento in caso di peggioramento clinico senza pronta risposta alla terapia o per comparsa di complicanze

*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)
- Monitoraggio del paziente tramite:
  - 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 completati dal giudizio dello specialista/MMG sulle condizioni del paziente
- Punto di riferimento per il paziente a fronte del peggioramento del paziente o del mancato rispetto dei parametri



**RACCOMANDAZIONI****Nei pazienti in stadio C e NYHA I-II:**

- **Infermiere:** valutazione clinica – *periodica*
- **MMG:** valutazione clinica – *almeno 2 volte anno*
- **Specialista:** valutazione clinica – *1 volta l'anno*
- Esami strumentali:
  - ECG a riposo ed esami laboratoristici – *1 volta l'anno*
  - Ecocardiogramma – *al bisogno (in caso di • n stabilizzazione o modifiche cliniche)*
  - Esami di laboratorio: - *1 volta l'anno*

**Nei pazienti in stadio C e NYHA III:**

- **Infermiere:** valutazione clinica – *periodica*
- **MMG:** valutazione clinica – *3 volte anno*
- **Specialista:** valutazione clinica – *2 volte l'anno*
- Esami strumentali:
  - ECG a riposo ed esami laboratoristici – *2 volte l'anno*
  - Ecocardiogramma – *al bisogno (in caso di • n stabilizzazione o modifiche cliniche)*
  - Esami di laboratorio: - *2 volte l'anno*

**4.3.3 Strumenti assistenziali e di supporto**

- Stessi strumenti degli Stadi A e B
- Percorsi facilitati per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DSA) – si veda Appendice
- Piano di trattamento e follow-up personalizzato - si veda Schema di Follow up)
- Lettera di dimissione - si veda Appendice
- Counselling infermieristico individuale

## PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO TERRITORIALE SCOMPENSO DI NUOVA INSORGENZA

Professionista	Attività	Sospetto diagnostico/Diagnosi	Azione
<b>MMG</b>	<b>Visita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anamnesi</li> <li>▪ Esame obiettivo: peso corporeo, edemi, epatomegalia, stasi polmonare, turgore giugulari, PAS/PAD, FC, classe NYHA</li> </ul>	<b>Sospetto scompenso cardiaco acuto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edema polmonare acuto</li> <li>▪ Segni e sintomi di bassa portata</li> <li>▪ SC congestizio non acuto aggravato da tachicardia o bradicardia o sospetta angina pectoris</li> </ul>	Richiesta ricovero urgente
		<b>Sospetto scompenso cardiaco</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Classe NYHA III</li> </ul>	Richiesta visita cardiologica ambulatoriale entro 24 h (U)
		<b>Sospetto scompenso cardiaco</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Classe NYHA II</li> </ul>	Richiesta visita cardiologica ambulatoriale entro 7 gg (B)
		<b>Sospetto scompenso cardiaco oligosintomatico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rx torace ed esami di laboratorio (Glicemia, AST, ALT, Na, K, Azotemia, Creatinina, Emocromo, TSH Reflex, Esame urine)</li> </ul>	Richiesta visita cardiologica ambulatoriale entro 30 gg (D)
		<b>Conferma/esclusione diagnosi di SC:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnosi eziologica e valutazione funzionale</li> <li>▪ Stratificazione prognostica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impostazione della terapia farmacologica</li> <li>▪ Pianificazione eventuali procedure terapeutiche non farmacologiche</li> </ul>
<b>Medico specialista</b>	<b>Prima visita cardiologica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ECG</li> <li>▪ Ecocardiografia</li> <li>▪ Saturazione O2</li> </ul>	Parametri clinici fuori standard e/o aggravamento dei sintomi	Segnalazione al MMG
<b>Infermiere</b>	<b>Prima visita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esame obiettivo: PAS/PAD, FC, peso corporeo, BMI, reperti di congestione venosa, analisi sintomi, diuresi, classe NYHA</li> <li>▪ Verifica nutrizionale (MUST)</li> <li>▪ Verifica stili di vita</li> <li>▪ Questionario qualità della vita</li> <li>▪ Counselling</li> <li>▪ Aggiornamento cartella clinica informatizzata</li> </ul>	Parametri clinici invariati senza aggravamento dei sintomi	Controllo periodico secondo cadenze prestabilite

## PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO TERRITORIALE SCOMPENSO CARDIACO NOTO

Professionista	Attività	Sospetto diagnostico/Diagnosi	Azione
<b>MMG</b>	<b>Visita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ valutazioni cliniche e strumentali</li> <li>▪ valutazione della compliance terapeutica</li> </ul>	<b>Stabilità clinica</b> <b>Sospetta instabilizzazione (classe NYHA II)</b> Modifica delle condizioni cliniche del paziente	Controllo periodico Richiesta visita cardiologica ambulatoriale entro 24 h (U)
		<b>Sospetta instabilizzazione (classe NYHA &gt;II)</b> Modifica delle condizioni cliniche del paziente	Richiesta visita cardiologica ambulatoriale entro 7 gg (B)
		<b>Sospetta instabilizzazione (classe NYHA IV)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edema polmonare</li> <li>▪ Dispnea a riposo con ortopnea</li> <li>▪ Anasarca o severi edemi declivi con grave congestione venosa e/o oligoanuria</li> <li>▪ Aritmie minacciose e/o sintomatiche</li> <li>▪ Ipotensione (PAS &lt; 80 mmHg) sintomatica e/o shock</li> <li>▪ Nuova evidenza clinica e/o strumentale di ischemia miocardica</li> <li>▪ Segni e sintomi di bassa portata</li> <li>▪ Refrattarietà alla terapia farmacologica orale non gestibile ambulatorialmente</li> </ul>	Richiesta ricovero urgente

Professionista	Attività	Sospetto diagnostico/Diagnosi	Azione
<b>Medico specialista</b>	<b>Visita cardiologica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ECG</li> <li>▪ Ecocardiografia</li> <li>▪ Saturazione O2</li> </ul>	<b>Stabilità clinica</b>  <b>Conferma sospetta instabilizzazione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peggioramento tolleranza fisica</li> <li>▪ Angina</li> <li>▪ Aritmie sintomatiche (tachibradiaritmie)</li> <li>▪ Congestione</li> <li>▪ Ipotensione</li> <li>▪ Aumento creatinina</li> <li>▪ Aumento azotemia</li> <li>▪ Iponatremia</li> <li>▪ Iperkaliemia</li> <li>▪ Ipokaliemia</li> </ul> <b>Conferma sospetta instabilizzazione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edema polmonare</li> <li>▪ Dispnea a riposo con ortopnea</li> <li>▪ Anasarca o severi edemi declivi con grave congestione venosa e/o oligoanuria</li> <li>▪ Aritmie minacciose e/o sintomatiche</li> <li>▪ Ipotensione ( PAS &lt; 80 mmHg) sintomatica e/o shock</li> <li>▪ Nuova evidenza clinica e/o strumentale di ischemia miocardica</li> <li>▪ Segni e sintomi di bassa portata</li> <li>▪ Refrattarietà alla terapia farmacologica orale non gestibile ambulatorialmente</li> </ul>	Controllo periodico             Trattamento ambulatoriale/Day Hospital/Day Service/
		<b>Stabilità clinica</b>	Controllo periodico
		<b>Conferma sospetta instabilizzazione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peggioramento tolleranza fisica</li> <li>▪ Angina</li> <li>▪ Aritmie sintomatiche (tachibradiaritmie)</li> <li>▪ Congestione</li> <li>▪ Ipotensione</li> <li>▪ Aumento creatinina</li> <li>▪ Aumento azotemia</li> <li>▪ Iponatremia</li> <li>▪ Iperkaliemia</li> <li>▪ Ipokaliemia</li> </ul> <b>Conferma sospetta instabilizzazione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edema polmonare</li> <li>▪ Dispnea a riposo con ortopnea</li> <li>▪ Anasarca o severi edemi declivi con grave congestione venosa e/o oligoanuria</li> <li>▪ Aritmie minacciose e/o sintomatiche</li> <li>▪ Ipotensione ( PAS &lt; 80 mmHg) sintomatica e/o shock</li> <li>▪ Nuova evidenza clinica e/o strumentale di ischemia miocardica</li> <li>▪ Segni e sintomi di bassa portata</li> <li>▪ Refrattarietà alla terapia farmacologica orale non gestibile ambulatorialmente</li> </ul>	Richiesta ricovero urgente

Professionista	Attività	Sospetto diagnostico/Diagnosi	Azione
<p><b>Infermiere</b></p>	<p><b>Visita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escame obiettivo: PAS/PAD, FC, peso corporeo, BMI, reperti di congestione venosa, analisi sintomi, diuresi, classe NYHA</li> <li>▪ Valutazione aderenza terapeutica</li> <li>▪ Aggiornamento cartella clinica informatizzata</li> <li>▪ Monitoraggio del paziente</li> <li>▪ Counseling</li> <li>▪ Piano personalizzato di assistenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parametri clinici fuori standard e/o aggravamento dei sintomi</li> <li>▪ Incremento ponderale persistente &gt; 2-3 Kg in 2-3 giorni</li> <li>▪ Instabilità del compenso: Edema polmonare acuto; FC &gt; 120 bpm; Ipotensione arteriosa persistente e/o sintomatica; Disturbi mentali attribuibili ad ipoperfusione cerebrale</li> <li>▪ 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 anasarca e/o severi edemi declivi con gravi segni di congestione venosa (turgore giugulare)</li> <li>▪ Oligo-anuria</li> <li>▪ Disturbi del ritmo sintomatici o asintomatici</li> <li>▪ Mancata aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica per problemi cognitivi del paziente e inadeguata assistenza del caregiver</li> <li>▪ Parametri clinici invariati senza aggravamento dei sintomi</li> </ul>	<p>Segnalazione al MMG</p> <p>Controllo periodico secondo cadenze prestabilite</p>

<b>PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO OSPEDALIERO</b>			
<b>U.O.</b>	<b>Attività</b>	<b>Diagnosi</b>	<b>Azione</b>
<b>Medicina di urgenza</b>	<b>Visita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anamnesi</li> <li>▪ Esame obiettivo</li> <li>▪ RX torace</li> <li>▪ ECG</li> <li>▪ Emogasanalisi</li> <li>▪ Esami ematochimici</li> <li>▪ Ecocardiografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Scompenso di nuova insorgenza</li> <li>▪ Scompenso noto riacutizzato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ricovero breve in MU</li> <li>▪ Trasferimento in U.O. specialistica</li> </ul>
<b>Medicina specialistica</b>	<b>Visita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inquadramento eziologico</li> <li>▪ Stratificazione prognostica</li> <li>▪ Correzione dei fattori precipitanti e delle comorbidità</li> <li>▪ Impostazione della terapia farmacologica</li> <li>▪ Pianificazione procedure terapeutiche non farmacologiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Scompenso di nuova insorgenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ricovero</li> </ul>
	<b>Visita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stratificazione prognostica</li> <li>▪ Correzione dei fattori precipitanti e delle comorbidità</li> <li>▪ Rivalutazione della terapia farmacologica</li> <li>▪ Pianificazione procedure terapeutiche non farmacologiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Scompenso noto riacutizzato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ricovero</li> </ul>

## **4.4 Stadio D**

Lo Stadio D è caratterizzato da pazienti affetti da scompenso cardiaco con frequenti •n stabilizzazioni nonostante terapia medica massimale, che possono necessitare, in casi altamente selezionati (seguono i criteri di inclusione) 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).

### **4.4.1 Obiettivi di cura e assistenza**

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

### **4.4.2 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
- 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 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
- 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 (da semestrale a 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 (da semestrale a mensile) o domiciliare periodico (da mensile a settimanale) per il rilievo dei parametri completati dal giudizio dello specialista/MMG sulle condizioni del paziente
- Interventi infermieristici sui sintomi correlati sulla base del piano assistenziale personalizzato

**4.4.3 Strumenti assistenziali e di supporto**

- Strumenti degli Stadi precedenti
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Dimissione protetta
- Hospice

**4.4.4 Criteri per il riferimento del paziente al Centro Trapianti**

Il trapianto di cuore (TC) rappresenta l'opzione terapeutica di scelta per il trattamento del paziente affetto da scompenso cardiaco di grado avanzato, laddove sussistano i criteri per l'inserimento in lista di attesa.

Il compito di selezionare i pazienti candidati al trapianto cardiaco viene attribuito ai professionisti operanti nelle Unità Operative di Cardiologia dotate di Laboratorio di Emodinamica e/o dotate di ambulatorio per lo scompenso cardiaco.

Condizioni cliniche nelle quali è indicato riferire il paziente al Centro Trapianti:

- SC acuto con necessità protratta di terapia infusione e/o supporto circolatorio meccanico (IABP) per mantenere una adeguata perfusione d'organo e/o una appropriata volemia;
- SC acuto con necessità prolungata di un supporto ventilatorio invasivo o non invasivo per cause prevalentemente cardiologiche;
- Aritmie ventricolari complesse ricorrenti in pazienti con SC moderato o severo (stadio C-D ACC/AHA) anche se trattate appropriatamente da device;
- Ripetute ospedalizzazioni o accessi ospedalieri non programmati per SC acuto nonostante terapia medica ottimizzata, appropriata restrizione idrica, e adeguato



stile di vita, particolarmente in presenza di deterioramento significativo e/o progressivo della funzione d'organo;

- SC cronico (stadio C-D ACC/AHA) con documentazione di persistente ipertensione polmonare (pressione sistolica ventricolare destra derivata  $\geq 50$  mmHg) dovuta alla disfunzione ventricolare sinistra;
- Pazienti ad elevato rischio di mortalità morbilità cardiovascolare definiti come Heart Failure Survival Score (HFSS)  $\geq 7.2$  per pazienti ambulatoriali;
- Paziente con SC di grado moderato o severo (Stadio C-D ACC/AHA) che si avvicinano al compimento del 65 anno di età (limite per essere incluso nel programma TC);
- Cardiomiopatie rare o di n.d.d. dalla prognosi incerta, particolarmente quando necessario un accertamento biptico;
- Pazienti che altrimenti soddisferebbero i criteri di eleggibilità per TC valutati per procedure interventistiche convenzionali ad elevato rischio per le quali siano incerti i benefici a medio termine;
- Picco  $\dot{V}O_2$   $\geq 12$  ml/kg/min ( $\geq 14$  in pazienti intolleranti ai beta-bloccanti). In caso di test sottomassimale, (RER $<1.05$ ) considerare il valore dello slope dell'equivalente ventilatorio della  $CO_2$  ( $\dot{V}_E/\dot{V}CO_2$ )  $>35$ .

Condizioni cliniche nelle quali non è indicato riferire il paziente al Centro Trapianti:

- Età anagrafica maggiore o uguale a 65 anni compiuti
- Retinopatia diabetica proliferante
- Neoplasia maligna entro i 5 anni dalla cura con esito favorevole. Dopo i cinque anni in caso di remissione clinica della neoplasia è auspicabile una valutazione oncologica preliminare ed una valutazione collegiale da parte del centro Hub prima di inviare il Paziente.
- Qualunque patologia di ordine extracardiovascolare che limiti l'attesa di vita a medio-breve termine e che non sia correggibile con trapianto di cuore multi-organo. In caso di una qualsiasi patologia di ordine extra-cardiovascolare, o ritenuta comunque di significato clinico, è auspicabile una puntualizzazione clinico-strumentale della stessa presso il centro Spoke seguita da una valutazione collegiale da parte del centro Hub prima di inviare il Paziente.
- Infezione attiva
- Diabete non controllato
- HIV
- Fumo attivo di sigaretta
- Uso di droghe
- Alcolismo
- Assenza non correggibile di un supporto familiare e sociale compatibile con il programma di TC

## **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 prescrittore, 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.

## **Lettera di dimissione per lo scompenso cardiaco**

AZIENDA OSPEDALIERA/USL DI \_\_\_\_\_

PRESIDIO OSPEDALIERO \_\_\_\_\_

Egregio Collega, Medico curante del/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il  
 \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Relazione clinica **relativa al ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, cartella clinica n.**  
 \_\_\_\_\_.

### 1. Diagnosi di dimissione

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 2. Motivo del ricovero (comprese possibili cause di in stabilizzazione)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 3. Sintesi della storia clinica pregressa e della terapia farmacologica al domicilio

- Pregresso IMA  
 Pregresso TIA/STROKE

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 4. Fattori di rischio cardiovascolari e comorbidità

- Fumo  
 Familiarità  
 Diabete mellito  
 Dislipidemia  
 Ipertensione  
 BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>  
 BPCO  
 Insufficienza renale  
 Neoplasia maligna  
 Altro (specificare)

### 5. Iter clinico, diagnostico e terapeutico (anche farmacologico) durante il ricovero (comprese: le complicanze) e riferimenti emato-chimici rilevanti all'ingresso:

- ECG all'ingresso: • RS; • FA, • BBS  
 Ecocardiografia: Frazione di Eiezione \_\_ ; Vol TD Vsx: \_\_mL/m<sup>2</sup> • Non eseguita;  
 Programmata il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Hb: \_\_ g/dl  
 Na: \_\_ mmol/L  
 K: \_\_ mmol/L  
 Creatinina sierica: \_\_ mg/dl  
 Colesterolo: totale \_\_mg/dl; LDL \_\_mg/dl; HDL \_\_mg/dl; trigliceridi \_\_mg/dl;  
 GOT: \_\_ U/l ; GPT: \_\_ U/l GammaGT: \_\_ U/l

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 6. Diagnosi eziologica dello scompenso

- Malattia coronarica
- Ipertensione
- Cardiomiopatia primitiva
- Valvulopatia cardiaca
- Altro

## 7. Severità della patologia (stadio ACC/AHA e classe NYHA)

- Classe NYHA all'ingresso; • I; • II, • III; • IV
- Stadio ACC/AHA: • B, • C, • D

## 8. Terapia farmacologica prescritta alla dimissione

Principio Attivo	Posologia e modalità e orario di assunzione del farmaco	Durata del trattamento	Classe SSN/ Nota AIFA *

\* Nel caso di farmaci per cui l'AIFA ha posto delle 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.

## 9. Alla dimissione:

- Peso: \_\_\_\_\_
- Frequenza cardiaca: \_\_\_\_
- Pressione arteriosa: \_\_\_\_\_
- Hb: \_\_ g/dl
- Na: \_\_ mmol/L
- K: \_\_ mmol/L
- Creatinina sierica: \_\_ mg/dl
- GOT: \_\_ U/l ; GPT: \_\_ U/l GammaGT: \_\_ U/l
- Classe NYHA; • I; • II, • III; • IV
- ECG: • RS; • FA, • BBS

## 10. Sono state fornite le seguenti indicazioni terapeutico-comportamentali, ivi compreso il tipo di attività fisica:

- controllo del peso quotidiano
- alimentazione
- attività fisica
- fumo

## 11. Programma di controllo (follow-up)

- MMG
- Ambulatorio cardiologico territoriale
- Ambulatorio cardiologico ospedaliero
- ADI

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

**Schema di Follow-up (Sintesi delle raccomandazioni)**

	Raccomandazioni	3 volte/anno	2 volte/anno	1 volta/anno	Altro
<b>STADIO B</b>	Valutazione clinica Infermiere				Periodica
	Valutazione clinica MMG		X		+ al bisogno
	Valutazione clinica Specialista			X	+ al bisogno
	Ecocardiogramma ECG a riposo			X	al bisogno *
<b>STADIO C NYHA I-II</b>	Valutazione clinica Infermiere				Periodica/ al bisogno
	Valutazione clinica MMG	X			+ al bisogno
	Valutazione clinica Specialista			X	+ al bisogno
	ECG a riposo			X	
	Ecocardiogramma				al bisogno *
	Emocromo, creatininemia, Na, K, glicemia, ALT + quelli ritenuti necessari a seconda del quadro clinico			X	
<b>STADIO C NYHA III</b>	Valutazione clinica Infermiere	X			Periodica/ al bisogno
	Valutazione clinica MMG	X			+ al bisogno
	Valutazione clinica Specialista		X		+ al bisogno
	ECG a riposo		X		
	Ecocardiogramma				al bisogno *
		Emocromo, creatininemia, Na, K, glicemia, ALT + quelli ritenuti necessari a seconda del quadro clinico		X	

\* se modifiche cliniche o instabilizzazione

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

## ***Percorso del paziente affetto da scompenso cardiaco di grado avanzato potenzialmente candidabile al trapianto cardiaco***

### **A) Premessa**

Il trapianto di cuore (TC) rappresenta, quando indicato, l'opzione terapeutica di scelta per il trattamento del paziente affetto da scompenso cardiaco di grado avanzato refrattario. Secondo il modello clinico-organizzativo regionale (Hub and Spoke), le Unità Operative di Cardiologia dotate di Laboratorio di Emodinamica e/o dotate di ambulatorio dedicato al trattamento dello scompenso cardiaco (centri Spoke), rappresentano il livello assistenziale ottimale per interfacciarsi con il Centro Trapianti (centro hub).

Una stretta collaborazione tra centri Spoke e centro Hub consente di:

1. selezionare adeguatamente (sulla base delle condizioni cliniche) e tempestivamente (timing corretto) i pazienti da riferire al Centro Trapianti
2. eseguire lo screening diagnostico pre-trapianto
3. gestire eventuali patologie acute
4. gestire eventuali procedure interventistiche necessarie alla risoluzione di patologie concomitanti (i.e. procedure di rivascolarizzazione ad alto rischio o cardiocirurgiche in genere nonché procedure invasive di chirurgia extracardiaca)
5. eseguire il follow up dei pazienti trapiantati.

### **B) Modalità per riferire un Paziente al Centro Trapianti**

I pazienti affetti da scompenso cardiaco di grado severo vengono proposti al centro Hub attraverso un colloquio telefonico diretto seguito dall'invio della richiesta di valutazione allegata.

I riferimenti:

- Istituto di Cardiologia - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Servizio per la Diagnosi e Cura dello Scompenso Cardiaco Avanzato – (ore di ufficio - giorni feriali);
- Istituto di Cardiologia - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Terapia Intensiva Coronarica – (ore notturne e giorni festivi);

Durante il colloquio telefonico preliminare con i medici del Centro Trapianti, vengono escluse potenziali controindicazioni assolute già presenti al momento della proposta. In assenza di controindicazioni oppure nei casi dubbi, il paziente viene accettato per valutazione presso il Centro Hub.

A seconda delle condizioni cliniche, si possono identificare le seguenti tipologie di paziente:

- a) Pazienti valutabili in via ambulatoriale

- b) Pazienti ospedalizzati non dimissibili ma trasportabili in relativa sicurezza presso il Centro Hub
- c) Pazienti ospedalizzati non dimissibili trasportabili presso il centro Hub con rischio elevato

**a) Pazienti valutabili in via ambulatoriale**

Nell'ambito della prima valutazione ambulatoriale presso il centro Hub viene analizzata la storia recente e passata e le condizioni cliniche attuali del paziente. Sulla base di tali parametri e sull'eventuale scorta del risultato di un pacchetto di esami diagnostici integrativi (e.g. cateterismo cardiaco, test cardiopolmonare, ecocardiogramma ecc.) viene formulata o confermata la indicazione a trapianto cardiaco.

In caso contrario, il paziente viene re-inviato al proprio Centro, o seguito nel tempo in regime ambulatoriale secondo una modalità collaborativa tra centro Hub e Spoke.

Qualora siano ravvisate le indicazioni per il TC il paziente eseguirà gli esami per lo screening pre-TC disponibili, preferibilmente presso il centro Spoke di riferimento. Qualora questa collaborazione non sia possibile per ragioni logistiche (e.g. pazienti extra-regione), l'intero screening verrà eseguito presso il centro Hub nella modalità identificata come più appropriata (ricovero ospedaliero in Day Hospital cardiologico o in regime di degenza ordinaria).

**b) Pazienti ospedalizzati non dimissibili ma trasportabili presso il Centro Hub in relativa sicurezza**

Previo accordo telefonico, i pazienti vengono trasferiti dal centro di riferimento al Centro Trapianti. Se clinicamente stabili, è opportuno che al momento del trasferimento, siano già stati eseguiti gli esami di screening effettuabili presso i centri Spoke. Se nel frattempo dimessi, i pazienti completeranno lo screening presso il DH Cardiologico dell'Istituto di Cardiologia dell' AOU di Bologna in regime ambulatoriale.

**c) Pazienti ospedalizzati non dimissibili e trasportabili presso il Centro Hub ad elevato rischio**

In caso di pazienti ricoverati presso altre strutture sanitarie, trasportabili ed a rischio elevato per l'instabilità delle condizioni cliniche, si possono identificare le seguenti possibilità:

- i) Trasferimento immediato presso il Centro Hub per l'impianto di supporto circolatorio meccanico o comunque per l'adozione di presidi terapeutici non eseguibili presso il centro Spoke nelle seguenti condizioni:
  - SC acuto con necessità protratta di terapia infusione e/o supporto circolatorio meccanico (IABP) per mantenere un'adeguata perfusione d'organo e/o una appropriata volemia
  - SC acuto con necessità prolungata di un supporto ventilatorio invasivo o non invasivo per cause prevalentemente cardiologiche
  - Aritmie ventricolari complesse ricorrenti anche se trattate appropriatamente da device

- ii) Consulto telefonico con il Centro Hub per esecuzione degli esami di screening presso il Centro Spoke e per eventuale successivo trasferimento dopo stabilizzazione.

### **C) Modalità di esecuzione dello screening pre-TC**

Dopo avere concordato le modalità di esecuzione dello screening, il paziente eseguirà gli esami stabiliti. Una volta completati gli accertamenti presso il Centro Spoke, questo fornirà una relazione scritta che attesti gli esami eseguiti ed il riscontro di eventuali processi patologici. Sarà compito del Centro Hub comunicare per iscritto al Centro Spoke ed al medico curante del paziente, il completamento dello screening unitamente al giudizio finale di idoneità o meno al programma TC.

### **D) Consulenza cardiologica-cardiochirurgica-rianimatoria presso il centro Spoke**

Il programma TC dell'AOU di Bologna offre una consulenza cardiologica cardiochirurgica e rianimatoria congiunta presso i Centri Spoke della Regione Emilia Romagna che ne facciano richiesta.

Tale prestazione è riservata a pazienti candidati o potenzialmente candidabili a TC ricoverati presso U.O della Regione che presentino instabilità clinica e problematiche specifiche legate al TC. Le modalità di esecuzione ed i tempi vengono concordati in base alle problematiche specifiche del singolo caso clinico.



**Richiesta di prima valutazione presso il centro per la diagnosi e cura dello scompenso cardiaco avanzato.****Istituto di Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna**

Nome del paziente

Data di nascita

Affetto da

Ricovertato

Indicazioni alla valutazione (identificare quella appropriata).

- 1) SC acuto con necessità protratta di terapia infusioneale e/o supporto circolatorio meccanico (IABP) per mantenere una adeguata perfusione d'organo e/o una appropriata volemia
- 2) SC acuto con necessità prolungata di un supporto ventilatorio invasivo o non invasivo per cause prevalentemente cardiologiche
- 3) Aritmie ventricolari complesse ricorrenti in pazienti con SC moderato o severo (stadio C-D ACC/AHA) anche se trattate appropriatamente da device
- 4) Ripetute ospedalizzazioni o accessi ospedalieri non programmati per SC acuto nonostante terapia medica ottimizzata, appropriata restrizione idrica, e adeguato stile di vita, particolarmente in presenza di deterioramento significativo e/o progressivo della funzione d'organo
- 5) SC cronico (stadio C-D ACC/AHA) con documentazione di persistente ipertensione polmonare (pressione sistolica ventricolare destra derivata  $\geq 50$  mmHg) dovuta alla disfunzione ventricolare sinistra
- 6) Pazienti ad elevato rischio di mortalità morbilità cardiovascolare definiti come Heart Failure Survival Score maggiore di  $\geq 7.2$  per i pazienti ambulatoriali
- 7) Heart Failure Survival Score  $< 7.2$
- 8) Paziente con SC di grado moderato o severo (Stadio C-D ACC/AHA) che si avvicinano al compimento del 65 anno di età (limite per essere incluso nel programma TC)
- 9) Cardiomiopatie rare o di nd.d. dalla prognosi incerta, particolarmente quando necessario un accertamento bioptico
- 10) Picco  $VO_2 \geq 12$  ml/kg/min ( $\geq 14$  in pazienti intolleranti ai beta-bloccanti) In caso di test sottomassimale ( $RER < 1.05$ ) considerare il valore dello slope dell'equivalente ventilatorio della  $CO_2$  ( $V_e/VCO_2$ )  $> 35$ .
- 11) Pazienti che altrimenti soddisferebbero i criteri di eleggibilità per TC valutati per procedure interventistiche ad elevato rischio per le quali siano incerti i benefici a medio termine

Sono state escluse le seguenti condizioni:

- 1) Età anagrafica maggiore o uguale a 65 anni compiuti
- 2) Retinopatia diabetica proliferante
- 3) Neoplasia maligna entro 5 anni dalla cura. Dopo i cinque anni in caso di remissione clinica della neoplasia è auspicabile una valutazione oncologica preliminare ed una valutazione Collegiale da parte del centro Hub prima di inviare il Paziente.
- 4) Qualunque patologia di ordine extracardiovascolare che limiti l'attesa di vita a medio-breve termine che non sia correggibile con trapianto di cuore o multi-organo. In caso di patologie extra-cardiovascolari ritenute comunque di significato clinico è auspicabile una puntualizzazione clinico-strumentale della stessa presso il centro Spoke seguita da una valutazione collegiale da parte del centro Hub prima di inviare il Paziente.
- 5) Infezione attiva
- 6) Diabete non controllato
- 7) HIV
- 8) Fumo attivo di sigaretta
- 9) Uso di droghe
- 10) Alcolismo
- 11) Assenza non correggibile di un supporto familiare e sociale compatibile con il programma di TC
- 12) Obesità patologica (BMI >35)

Sono presenti le seguenti condizioni tuttavia la valutazione è comunque indicata

---

---

Medico proponente

Recapito telefonico

## **Epidemiologia dello Scopenso**

### **A) 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 (ReM).

La popolazione considerata è stata quella residente in Emilia-Romagna di età superiore o uguale a 18 anni, ricoverata negli anni 2000-2009 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 e per ciascuna provincia di residenza, 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 Regione Emilia-Romagna del 2000. E' stata inoltre stimata la sopravvivenza a 10 anni dei casi incidenti, utilizzando il metodo di Kaplan Meier.

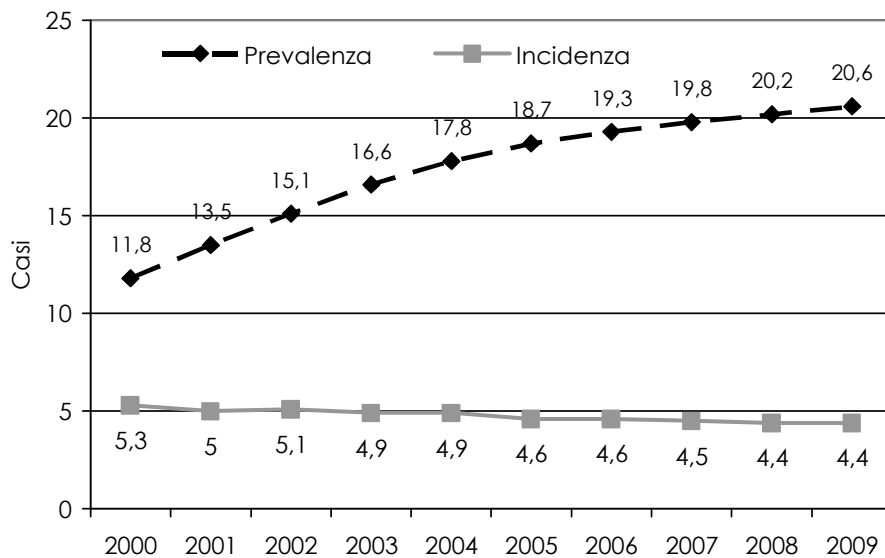
I casi prevalenti di ciascun anno sono stati stimati come il totale dei casi incidenti individuati negli anni precedenti ed ancora in vita al 31 dicembre (la verifica dello stato in vita è stata effettuata in base ai dati del registro regionale di mortalità ). La prevalenza calcolata per ciascun anno e per ciascuna provincia di residenza, 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 Regione Emilia-Romagna del 2000.

### **B) Analisi dei ricoveri ospedalieri classificati nel DRG127**

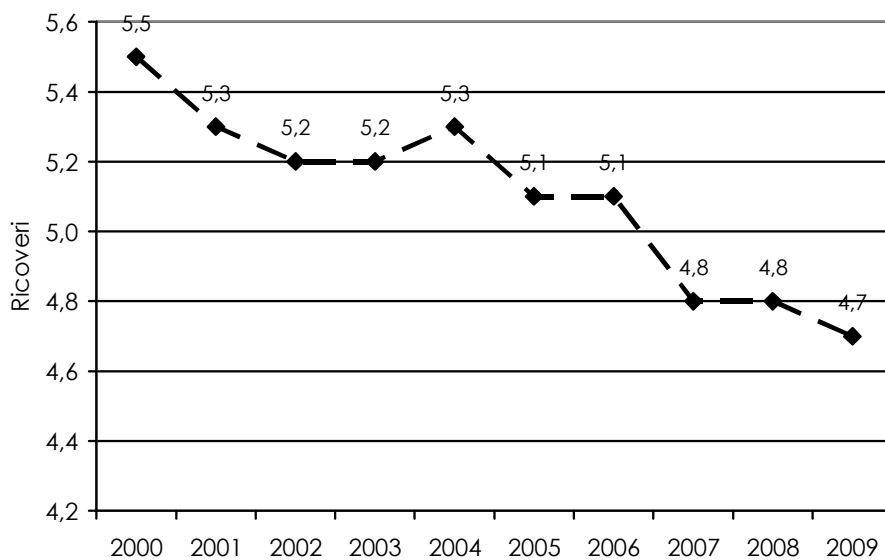
Sono stati analizzati i ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco, (DRG 127) che riguardano i pazienti di 18 anni o più, residenti in Emilia-Romagna, ovvero ricoveri in regime ordinario che riportavano in diagnosi principale lo scompenso cardiaco (codice ICD9-CM: 428.0; 428.1; 428.9; 402.01; 402.11; 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 popolazione della Regione Emilia-Romagna nell'anno 2000.

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.

**Figura 1 – Scoppio cardiaco: tasso di incidenza e prevalenza per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso, 2000-2009**



**Figura 2 – Scoppio cardiaco (DRG 127: tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso, 2000-2009**



**Tabella 1 – Scadenso cardiaco: incidenza per 1.000 residenti, standardizzata per sesso ed età, 2000-2009**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piacenza	5,1	4,7	4,9	5,2	4,8	4,4	4,3	3,8	3,5	4,0
Parma	5,2	4,8	4,8	4,7	4,7	5,0	4,8	4,5	4,4	4,2
Reggio Emilia	5,1	4,9	5,2	4,8	5,0	5,1	4,5	4,4	4,3	4,1
Modena	5,6	5,1	5,1	5,2	5,1	5,2	4,8	4,6	4,6	4,4
Bologna	5,0	5,1	5,1	5,1	4,9	4,5	4,3	4,3	4,1	4,3
Imola	5,2	4,6	5,3	5,6	5,3	4,5	3,8	4,3	4,3	4,0
Ferrara	5,4	5,7	5,8	5,7	5,5	5,6	5,4	5,1	5,0	5,5
Ravenna	5,4	4,7	4,7	5,0	4,6	4,8	4,7	4,4	4,7	4,6
Forlì	5,0	5,0	4,6	4,9	4,3	4,1	4,1	4,4	4,4	4,2
Cesena	6,2	4,9	5,4	4,9	4,8	4,6	5,1	5,2	4,9	4,9
Rimini	5,5	5,9	5,7	5,7	5,3	5,6	4,7	4,6	4,3	4,1
<b>Regione</b>	<b>5,3</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>	<b>5,1</b>	<b>4,9</b>	<b>4,9</b>	<b>4,6</b>	<b>4,5</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>

**Tabella 2 – Scadenso cardiaco: prevalenza per 1.000 residenti, standardizzata per sesso ed età, 2000-2009**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piacenza	11,6	13,3	15,2	16,9	18,2	19,1	19,6	19,7	19,7	20,2
Parma	11,5	13,3	15,0	16,4	17,8	19,2	20,4	21,1	21,6	22,0
Reggio Emilia	10,7	12,6	14,4	15,6	17,2	18,3	18,9	19,3	19,5	19,6
Modena	12,4	14,2	15,7	17,2	18,3	19,2	19,8	20,5	21,0	21,4
Bologna	11,5	13,2	14,8	16,3	18,0	18,5	18,9	19,5	20,0	20,5
Imola	10,8	12,3	14,1	15,6	15,1	15,8	15,8	16,3	16,6	16,8
Ferrara	12,1	14,5	16,7	18,8	20,2	21,4	22,3	23,1	23,5	24,4
Ravenna	11,3	12,5	13,8	14,9	15,9	16,6	17,5	18,0	18,4	18,8
Forlì	10,9	12,5	13,8	14,7	15,5	15,9	16,4	16,7	17,0	17,7
Cesena	14,1	14,8	15,9	16,6	17,5	17,5	18,4	19,3	19,5	19,8
Rimini	13,5	15,6	17,4	18,8	19,8	20,6	20,7	21,0	20,8	20,6
<b>Regione</b>	<b>11,8</b>	<b>13,5</b>	<b>15,1</b>	<b>16,6</b>	<b>17,8</b>	<b>18,7</b>	<b>19,3</b>	<b>19,8</b>	<b>20,2</b>	<b>20,6</b>

**Tabella 3 – Scadenso cardiaco: tasso di ospedalizzazione (DRG 127 – ricoveri ordinari – mobilità passiva inclusa) per 1.000 residenti, standardizzata per sesso ed età, 2000-2009**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piacenza	4,5	4,1	3,8	3,9	4,6	4,3	4,4	3,9	4,0	3,8
Parma	4,8	4,6	4,0	4,2	4,6	4,7	4,3	3,9	3,8	4,1
Reggio Emilia	5,2	5,3	5,9	5,9	5,8	5,9	5,3	4,9	4,9	4,6
Modena	6,1	6,2	6,0	5,8	6,0	5,9	5,5	5,0	4,9	4,7
Bologna	5,4	5,2	4,9	5,1	4,8	4,6	4,7	4,9	4,8	4,9
Imola	5,3	5,2	6,1	5,8	5,7	5,2	4,0	4,3	4,1	3,6
Ferrara	5,6	5,7	6,0	5,5	6,3	6,0	6,0	5,8	5,5	5,6
Ravenna	6,0	5,0	4,7	5,3	5,1	5,3	5,7	5,2	5,6	5,6
Forlì	5,4	5,5	5,6	5,4	4,3	4,5	4,5	4,6	4,2	4,0
Cesena	4,6	4,4	5,0	4,6	4,7	4,5	4,5	4,6	4,2	4,0
Rimini	7,1	7,2	6,7	6,3	5,5	5,0	5,4	5,1	4,8	4,9
<b>Regione</b>	<b>5,5</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>5,2</b>	<b>5,3</b>	<b>5,1</b>	<b>5,1</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,7</b>

**Tabella 4 – Frequenza dei pazienti con 2 o più ricoveri ordinari in DRG 127, in un anno**

Anno	N° ricoveri annui - DRG 127 (%)				Totale
	1 ricovero		>=2 ricoveri		
	N	%	N	%	
2000	13.146	84,44	2.423	15,56	15.569
2001	13.066	84,39	2.417	15,61	15.483
2002	13.201	84,82	2.362	15,18	15.563
2003	13.215	84,74	2.379	15,26	15.594
2004	13.620	84,48	2.502	15,52	16.122
2005	13.666	84,37	2.532	15,63	16.198
2006	13.521	83,26	2.719	16,74	16.240
2007	13.311	84,01	2.534	15,99	15.845
2008	13.176	82,93	2.712	17,07	15.888
2009	13.184	83,09	2.684	16,91	15.868

## Bibliografia

Agenzia Sanitaria Regionale — Commissione Cardiologica Cardiochirurgica Regionale.  
Documento di confronto con le direzioni sanitarie e le reti cardiologiche provinciali dell'Emilia Romagna per la gestione ospedaliera del paziente con scompenso cardiaco avanzato.  
Luglio 2005

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

Göhler A, Januzzi JL, Worrell SS, Osterziel KJ, Gazelle GS, Dietz R, Siebert U. (2006), A systematic meta-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

Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Goldstein S, Gregoratos G, Jessup ML, Noble RJ, Packer M, Silver MA, Stevenson LW (2001), ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure), *American College of Cardiology* [http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf\\_index.htm](http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm)

Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Konstam MA, Mancini DM, Rahko PS, Silver MA, Stevenson LW, Yancy CW, writing on behalf of the 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult Writing Committee (2009), 2009 focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, *Journal of the American College of Cardiologists*, 53:1343– 82.

McAlister 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](http://www.health.gov.on.ca/ohtas).

Mehra MR, Kobashigawa J, Starling R, Russell S, Uber PA, Parameshwar J, Mohacsi 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 transplant candidates, *Journal of Heart and Lung Transplantation*, Sep;25(9):1024-42.

G. Maciocco (2006), Malattie croniche: nuovi modelli assistenziali, Prospettive sociali e sanitarie 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 organisation for heart failure, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Apr 18;(2):CD002752. Review.

Task Force for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of European Society of Cardiology, ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J*. 2008 Oct;29(19):2388-442. <http://www.escardio.org>



## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 NOVEMBRE 2011, N. 1599

**Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici**

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamato il D.M. 27 agosto 1999, n.332 e successive modificazioni riguardante il Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;

Visto il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" recepito con propria Deliberazione n.295 del 25 febbraio 2002, ratificata con atto del Consiglio regionale n. 349 de 12 marzo 2002;

Richiamata la Legge regionale 29/04 e s.m. "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale";

Richiamato il Piano Sociale e Sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008;

Considerato che:

- la Regione Emilia-Romagna assume da sempre come indirizzo per l'organizzazione dei servizi sanitari delle Aziende Sanitarie, la costruzione di sistemi di integrazione sociale e sanitaria dedicati alle persone con elevati bisogni assistenziali;
- la gestione integrata del paziente richiede l'adozione di modalità organizzative, professionali ed operative in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure;
- le condizioni di disabilità e di grave non autosufficienza sono in costante aumento e richiedono una forte integrazione fra i diversi interventi assistenziali e la necessità di assicurare adeguati percorsi di cura integrati;

Rilevato inoltre che il raggiungimento di tali obiettivi e l'ulteriore sviluppo del sistema sanitario regionale così come delineato dalle politiche regionali viene perseguito anche utilizzando strumenti che permettano di integrare le azioni cliniche, tecnologiche e amministrative;

Viste le proprie deliberazioni:

- 124/99 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari";
- 427/09 "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PS-SR 2008 - 2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali";

Rilevato altresì che:

- la necessità di garantire un approccio assistenziale integrato alle persone disabili è condizione essenziale per assicurare l'equità di accesso ai servizi sanitari e sociali e la continuità di cura;
- il progressivo invecchiamento della popolazione – dovuto al processo di allungamento medio della vita – risulta fra i fattori chiave che influiscono in misura determinante sul bisogno e sulla richiesta di assistenza protesica con la continua crescita dei costi connessi all'erogazione delle relative prestazioni;
- il notevole impatto che l'assistenza protesica produce sulla spesa sanitaria sollecita l'attivazione di modalità organizzative volte a semplificare ed omogeneizzare i percorsi organizzativi e clinico-assistenziali perseguendo l'obiettivo dell'equità e della qualità delle prestazioni;

Rilevato necessario promuovere azioni con cui migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'omogeneizzazione delle prestazioni su tutto il territorio regionale nel rispetto dei bisogni degli assistiti;

Ritenuto pertanto opportuno fornire indicazioni volte a semplificare ed omogeneizzare i percorsi organizzativi e clinico-assistenziali, anche al fine di rendere più appropriato e semplice l'accesso dell'utente all'assistenza protesica;

Per dare attuazione agli obiettivi sopraindicati è stato quindi predisposto dal gruppo di lavoro costituito con Determinazione del Direttore generale sanità e politiche sociali n. 12827 del 23/10/2008 il documento "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici" parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

Ritenuto pertanto opportuno approvare, il documento "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

Richiamate le proprie deliberazioni 1057/06, 1663/06, 2416/08 e succ. mod., 1173/09, 1377/10 e 1222/11;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute, Carlo Lusenti;

a voti unanimi e palesi,  
delibera:

1. di approvare le "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici", in allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2. pubblicare il presente atto, comprensivo dell'allegato, nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna.

ALLEGATO



Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

**LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SUI PERCORSI ORGANIZZATIVI E  
CLINICO-ASSISTENZIALI NELL'ASSISTENZA PROTESICA, ORTESICA E  
FORNITURA DI AUSILI TECNOLOGICI**

**INDICE**

<b>1. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO</b>	<b>3</b>
<b>2. GLI AUSILI</b>	<b>4</b>
2.1 Obiettivo della prescrizione di un ausilio	5
2.2 La rete dei Centri per l'adattamento domestico	7
<b>3. LE FASI DEL PERCORSO DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PROTESICA</b>	<b>9</b>
3.1 Individuazione del bisogno e della tipologia di presidio	9
3.2 Fasi	9
3.3 Prescrizione	10
3.3.1 <i>Dispositivi Assistenziali</i>	11
3.3.2 <i>Dispositivi Riabilitativi</i>	12
3.3.3 <i>Riconducibilità</i>	13
3.4 Casi particolari	13
3.5 Ausili per la facilitazione della comunicazione	15
3.6 Autorizzazione	16
3.7 Fornitura e tempi di consegna	17
3.8 Collaudo	17
3.9 Controlli	18
3.10 Montascale	19
<b>4. PROPRIETÀ, COMODATO E RIUTILIZZO DEI DISPOSITIVI</b>	<b>21</b>
<b>5. FLUSSI INFORMATIVI</b>	<b>22</b>
<b>6. LA FORMAZIONE</b>	<b>22</b>
FLOW CHART PERCORSO PER PAZIENTE AMBULATORIALE	25
FLOW CHART PERCORSO PER PAZIENTE IN STRUTTURA DI DEGENZA	26
FLOW CHART PERCORSO PER PAZIENTE IN CURE DOMICILIARI	27

## 1. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

---

L'assistenza protesica rientra tra le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini (LEA - DPCM 29.11.2001 – “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” recepito con DGR n.295/2002). Il Decreto citato, nel definire il livello dell'assistenza protesica, vale a dire la fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnici ai disabili, richiama come fonte della relativa disciplina il DM n.332/99 e ss. mm. che individua le prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi riportati negli elenchi 1, 2 e 3 del nomenclatore tariffario e ne definisce le modalità di erogazione.

La necessità di garantire un approccio assistenziale integrato alle persone disabili è condizione essenziale per assicurare l'equità di accesso ai servizi sanitari e sociali e la continuità di cura. Sono questi i principi fondanti che la Regione Emilia-Romagna assume da sempre come indirizzo per l'organizzazione dei servizi sanitari delle Aziende Sanitarie, per la costruzione dei relativi sistemi di integrazione sociale e sanitaria dedicati alle persone con elevati bisogni assistenziali. In quest'ottica la gestione integrata del paziente richiede l'adozione di modalità organizzative, professionali ed operative in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure.

Il presente documento, di indirizzo per le Aziende sanitarie, ha lo scopo di rendere più semplice l'accesso dell'utente all'assistenza protesica, (DM 332/99 e ss. mm.) di semplificarne ed omogeneizzarne i percorsi organizzativi e clinico-assistenziali. Inoltre persegue l'obiettivo dell'equità e della qualità delle prestazioni attraverso l'appropriatezza prescrittiva.

La fornitura di presidi protesici, ortesici e di ausili tecnologici assume sempre maggiore importanza per la gestione della disabilità e/o della non autosufficienza, con gli obiettivi di raggiungere una vita indipendente e favorire l'assistenza e la qualità di vita delle persone disabili e dei care giver, per lo più familiari. Le condizioni di disabilità e di grave non autosufficienza sono in costante aumento e richiedono una forte integrazione fra i diversi interventi assistenziali e la necessità di assicurare adeguati percorsi di cura integrati. A fronte di tali bisogni le politiche regionali sono finalizzate alla costruzione di

un sistema di servizi capace di fornire risposte sempre più adeguate ai bisogni della persona.

La fornitura di presidi protesici, ortesici e di ausili tecnologici rappresenta un servizio finalizzato a favorire il raggiungimento della massima indipendenza per i disabili nell'ambito di un più complessivo progetto riabilitativo di persona. Esso si realizza mediante un insieme di processi che agiscono da intermediari tra i bisogni di una persona con disabilità e le risorse e le tecnologie esistenti offrendo ausili appropriati e di buona qualità, ottimizzando il rapporto costo beneficio, e adattandosi all'evoluzione dei bisogni dell'utente.

L'esistenza di bisogni eterogenei richiede interventi di diversa natura ed intensità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi e la personalizzazione delle risposte, in una visione unitaria dei bisogni della persona, del ruolo della famiglia e di tutti coloro che hanno con la persona legami significativi.

Da diversi anni la regione Emilia-Romagna pone tra i suoi obiettivi strategici la continua qualificazione dell'assistenza per lo sviluppo di modelli organizzativi sempre più aderenti alle esigenze del cittadino, per sviluppare una programmazione dell'assistenza che ottimizzi l'utilizzo delle risorse, sfruttando tutte le possibili sinergie per rispondere sempre meglio e più tempestivamente alle necessità delle persone disabili e delle loro famiglie.

Il raggiungimento di tali obiettivi viene perseguito utilizzando strumenti che permettano di integrare le azioni cliniche, tecnologiche e amministrative.

## **2. GLI AUSILI**

---

Lo standard internazionale ISO 9999, aggiornato al 2007, definisce ausilio "...qualsiasi prodotto, (inclusi dispositivi, apparecchiature, strumenti, sistemi tecnologici, software) di produzione specializzata o di comune commercio, atto a prevenire, compensare, tenere sotto controllo, alleviare o eliminare menomazioni, limitazioni nelle attività o ostacoli alla partecipazione".

L'ausilio (la radice latina "auxilium" identifica "l'aiuto" in una accezione piuttosto ampia) è dunque quell'attrezzatura, quell'accorgimento che consente alla persona disabile di attivare o potenziare un percorso di autonomia possibile, nel rispetto delle possibilità ed

esigenze proprie e dell'ambiente circostante sia per incrementare le proprie possibilità funzionali (azione sulle FUNZIONI), sia per adattare l'Ambiente (azione sulle ESIGENZE).

In questi ultimi anni ha assunto rilevanza l'ausilio quale strumento in grado di aiutare la persona disabile a sperimentarsi come soggetto attivo nel mondo del lavoro e/o della sua stessa vita quotidiana.

L'ausilio non è mai da considerarsi definitivo: deve adattarsi all'evoluzione della disabilità e delle esigenze del soggetto e sappiamo che la DISABILITA' può essere temporanea, permanente o progressiva.

Si comprende quindi come a supporto del percorso di fornitura sia indispensabile una valutazione attenta dei bisogni/esigenze della persona disabile e del contesto d'uso dove dovrà essere agita l'autonomia nella sua possibile modificazione.

## **2.1 Obiettivo della prescrizione di un ausilio**

---

L'erogazione di assistenza protesica rappresenta, di norma, un intervento terapeutico/assistenziale graduato sulla base complessità assistenziale, nell'ambito di un progetto individuale e come tale configura un "servizio alla persona" inserita nel suo abituale contesto di vita ambientale e socio-relazionale.

Il progetto terapeutico/riabilitativo non rappresenta solo un requisito per la concessione di un ausilio a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ma è essenziale per giustificare e rendere efficace tale fornitura al fine del raggiungimento degli obiettivi di autonomia nell'ambito di un progetto di vita. Tale progetto deve essere formulato attraverso l'analisi dei diversi bisogni sanitari, socio-assistenziali ed educativi, deve descrivere il significato terapeutico e riabilitativo, vale a dire con quali premesse e con quali finalità si intende utilizzare un determinato dispositivo indicandone le modalità, i limiti di utilizzo, la prevedibile durata di impiego e le possibili controindicazioni. La prescrizione dell'ausilio dovrà quindi tener conto della persona nel suo complesso, del contesto in cui vive e non della sola azione per la quale la si vuole rendere autonoma.

Il progetto terapeutico/riabilitativo deve prevedere anche momenti di verifica necessari ad apporre eventuali modifiche in relazione a mutate esigenze, a valutare possibili

discrepanze nel rapporto tra persona, ausilio e ambiente, a implementare le soluzioni valutando l'efficacia dell'ausilio nelle condizioni reali d'uso.

Nella definizione del progetto è necessario adottare un approccio partecipato con l'utente e i suoi familiari che permetta di stabilire un'alleanza terapeutica volta a garantire un'effettiva aderenza alle prescrizioni, anche attraverso quelle informazioni utili a graduare le aspettative del paziente e della famiglia sul massimo di autonomia ragionevolmente raggiungibile.

Pertanto, il percorso dell'individuazione del dispositivo o dell'ausilio necessario e da fornire deve essere realizzato, insieme alla persona disabile, e se necessario del care giver, e visto come ricerca della migliore soluzione possibile, per un completo miglioramento del "funzionamento" della persona. L'ausilio in quanto parte integrante del programma terapeutico/riabilitativo, deve essere infatti appropriato rispetto al bisogno dell'utente e compatibile con le caratteristiche del suo ambiente di vita, del contesto di uso e con le esigenze degli altri soggetti coinvolti nel più complessivo progetto riabilitativo o progetto di vita.

Pertanto la fornitura di un ausilio costituisce un percorso che si avvia e ruota attorno alla persona disabile basandosi anche su apporti multiprofessionali organizzati in lavoro di team interprofessionale.

In tale ambito, oltre all'attività educativa che permette il coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia nel processo terapeutico, assumono fondamentale importanza gli aspetti relativi a:

- precisa valutazione dei bisogni di vita indipendente della persona disabile,
- valutazione delle caratteristiche architettoniche dell'ambiente di vita,
- valutazione delle risorse familiari e relazionali in senso lato,
- addestramento al corretto utilizzo e manutenzione del dispositivo e verifica della sua efficacia.

Per le persone disabili che necessitano di **dispositivi funzionali all'autosufficienza/autonomia e per il loro inserimento nel contesto sociale** sono necessari interventi coordinati e integrati di diverse competenze secondo un approccio di lavoro in team interprofessionale. La presa in carico della persona che necessita di assistenza protesica non si esaurisce quindi, come già evidenziato, nella sola fornitura dell'ausilio ma è necessariamente anche un percorso educativo che richiede nei casi

più gravi e complessi la presenza di un case manager. Tale figura svolge funzione di raccordo all'interno dell'equipe e segue nel tempo tutte le fasi del percorso riabilitativo/assistenziale che va dalla valutazione del bisogno, all'intervento, all'addestramento, alla formazione del paziente e/o care giver, all'adattamento dell'ausilio, alla consulenza/informazione ai famigliari e agli operatori del territorio.

Le competenze professionali del fisioterapista e, per ausili specifici, del logopedista, rendono tali figure professionali più idonee ad assicurare una funzione di sintesi<sup>1</sup> (case manager) all'interno dell'equipe multiprofessionale.

## **2.2 La rete dei Centri per l'adattamento domestico**

---

Nel territorio regionale è presente una rete articolata di servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico, che garantisce due livelli di intervento:

- il primo livello, svolto dai Centri provinciali (CAAD), e dalle loro articolazioni distrettuali, che offre accesso diretto ai cittadini e agli operatori dei servizi del territorio di riferimento;
- il secondo livello, che comprende un'azione svolta dai due Centri regionali il "Centro Regionale Ausili" (CRA) di Bologna e il "Centro Informazione Regionale sul Benessere Ambientale" (CRIBA) di Reggio Emilia di supporto e di coordinamento dei Centri provinciali, oltrechè di consulenza per i casi di maggiore complessità.

I Centri di primo livello, sono in grado di favorire, attraverso progetti di intervento personalizzati, l'individuazione di soluzioni per accrescere l'autonomia delle persone anziane e disabili, l'accessibilità e la fruibilità della loro abitazione.

I Centri di secondo livello, offrono per l'intero territorio regionale servizi specialistici di consulenza, in particolare nei seguenti ambiti di intervento:

- il Centro Regionale Ausili, su mobilità e trasferimenti posturali, vita quotidiana e cura della persona, ausili tecnologici per l'interazione con l'ambiente e domotica;
- il Centro Informazione Regionale sul Benessere Ambientale, sulle problematiche

---

<sup>1</sup> DGR n.427/2009 "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSH 2008 - 2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali"



connesse all'accessibilità ed usabilità ambientale e al superamento delle barriere architettoniche.

Le équipes multiprofessionali operanti nei Centri sono a disposizione per fornire informazione, formazione e consulenza alle figure professionali coinvolte a vario titolo nel percorso di fornitura degli ausili.

### **3. LE FASI DEL PERCORSO DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PROTESICA**

#### **3.1 Individuazione del bisogno e della tipologia di presidio**

Il percorso di erogazione dell'assistenza protesica nelle sue varie fasi ha fine ultimo di recuperare il massimo livello di autonomia possibile e contenere al minimo le restrizioni della partecipazione alle attività di vita. Tale obiettivo consiste nel realizzare una determinata attività nell' ambiente di vita della persona con una limitazione funzionale in modo da superare la situazione di disabilità. A tale scopo vanno rispettati tre principi: competenza, contestualità, consonanza della soluzione proposta.

L'elemento cardine della prescrizione è l'assessment dei bisogni funzionali reali da soddisfare con l'identificazione della tipologia di presidio più idonea e la conseguente formulazione del progetto terapeutico/assistenziale /riabilitativo.

La fase della valutazione è di norma composta da:

- valutazione del bisogno di autonomia/assistenza;
- valutazione delle risorse biologiche, psicologiche, motivazionali, familiari ed ambientali;
- valutazione del contesto di vita;
- acquisizione delle informazioni sulla tipologia dei presidi previsti dal Nomenclatore tariffario, delle relative caratteristiche funzionali (vantaggi e svantaggi), dei relativi costi di acquisizione e manutenzione, verifica dei presidi presenti per ricondizionamento o in magazzino, valutazione comparativa dell'appropriatezza delle varie soluzioni;
- integrazione delle varie valutazioni nel programma terapeutico/assistenziale/riabilitativo dal quale scaturirà la prescrizione nell'ambito del più complessivo progetto riabilitativo.

#### **3.2 Fasi**

Per ottenere i dispositivi previsti dal DM 332/99 e ss. mm. è necessario seguire una procedura ben definita che prevede i seguenti passaggi fondamentali:

- prescrizione - individuazione del bisogno di assistenza protesica, della relativa tipologia di presidio
- autorizzazione
- fornitura
- collaudo
- controlli

Le fasi appena descritte delineano il percorso di assistenza protesica che è costituito da attività eterogenee ma tra di loro interdipendenti che necessitano pertanto di un'azione di integrazione da parte dell'Azienda. Con l'integrazione dei professionisti e dei diversi servizi (sanitari, socio assistenziali e amministrativi) è possibile garantire un insieme di comportamenti coerenti tra di loro ed efficaci rispetto al risultato di salute del paziente giungendo così ad un miglioramento organizzativo dell'intero processo.

### **3.3 Prescrizione**

---

Il Dm 332/99 e ss. mm. prevede che la prescrizione, per gli aventi diritto, deve essere redatta da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale "competente per tipologia di menomazione o disabilità", il quale valuta la necessità di prescrivere un dispositivo protesico nell'ambito del programma di prevenzione, cura e riabilitazione della "menomazione/disabilità" attraverso il programma individualizzato di trattamento. Lo specialista prescrittore deve essere competente per tipologia di menomazione o disabilità, non sono, pertanto, ammesse prescrizioni da parte di specialisti di branca non attinente alla disabilità per la quale è richiesto il presidio.

Per la prescrizione il medico prescrittore può avvalersi della valutazione e della proposta di ausili di professionisti dell'Azienda, fisioterapisti, logopedisti, infermieri (per i dispositivi assistenziali) e di professionisti di strutture di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico di primo (CAAD) e secondo livello (CRA e CRIBA) presenti sul territorio regionale.

Le Aziende sanitarie possono individuare e prevedere la presenza di medici specialisti prescrittori da iscrivere in un apposito elenco.

Al fine di garantire il coinvolgimento dei professionisti nell'appropriatezza dell'attività prescrittiva, l'Azienda produce report con periodicità almeno semestrale delle prescrizioni e della spesa originata da ogni singolo medico e ne dà comunicazione ai prescrittori; dovranno essere inoltre promosse attività formative e di audit con i medici prescrittori.

Per rendere più appropriato e semplice l'accesso dell'utente all'assistenza protesica si è ritenuto opportuno individuare due macrocategorie:

- “**dispositivi assistenziali**”, funzionali all'assistenza domiciliare;
- “**dispositivi riabilitativi**”, funzionali al recupero/compenso di alterazioni funzionali, all'autosufficienza/autonomia ed inserimento nel contesto sociale.

### **3.3.1 Dispositivi Assistenziali**

Rientrano nella categoria **dei dispositivi assistenziali** gli ausili utili al mantenimento del paziente a domicilio con adeguato processo di nursing:

<b>CODICE ISO</b>	<b>DESCRIZIONE DETTAGLIATA</b>
03.33.03.003/006/009	CUSCINO ANTIDECUBITO
03.33.06.***	MATERASSO ANTIDECUBITO
18.12.07.***	LETTO ORTOPEDICO A UNA O DUE MANOVELLE
18.12.27.103	Aggiuntivo: sponde (comprese quelle universali)
12.30.09.103	Aggiuntivo: supporto per alzarsi
12.21.03.003	SEDIA COMODA
12.21.06.039/036/045	CARROZZINE PIEGHEVOLI AD AUTOSPINTA CON DUE MANI SULLE RUOTE POSTERIORI
09.12.24.003	SEDIA PER WC – CON BRACCIOLI E REGOLABILI IN ALTEZZA
12.36.03.003	SOLLEVATORE MOBILE AD IMBRACATURA POLIFUNZIONALE

Tale tipologia di dispositivi sono erogati anche con prescrizione redatta dai Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta.

I Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta possono altresì prescrivere presidi per l'incontinenza ad assorbenza, cateteri vescicali ed esterni e raccoglitori per urine nei casi di incontinenza stabilizzata certificata dallo specialista. Per tali ausili la prescrizione deve essere rinnovata di norma annualmente (DM n.321/2001).

Per tali dispositivi assistenziali il Medico autorizzatore può sempre richiedere approfondimenti diagnostici e specialistici qualora lo ritenga necessario.

### **3.3.2 Dispositivi Riabilitativi**

---

Rientrano di norma nella categoria **dei dispositivi riabilitativi** gli ausili utili al percorso di recupero/compenso di menomazioni, di limitazioni di attività e di restrizioni della partecipazione alle attività di vita.

Il medico prescrittore verifica se sono presenti le condizioni per l'erogazione del dispositivo da parte dell'Azienda USL così come definite dal D.M. 332/99 e successive integrazioni e modificazioni.

Il medico prescrittore agisce:

- individuando l'ausilio adeguato alle necessità cliniche funzionali del paziente anche avvalendosi della valutazione/proposta di fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali;
- verificando la congruità del dispositivo con le menomazioni/disabilità invalidanti che devono essere espressamente richiamate nel modulo di prescrizione.

Il medico prescrittore:

1. redige la prescrizione specificando:
  - il titolo che dà diritto all'erogazione;
  - la quantità, la descrizione e codice di ciascun dispositivo come riportati nel nomenclatore;
2. elabora (anche attraverso il contributo di un team multiprofessionale) il progetto terapeutico/riabilitativo ed il programma di utilizzo del dispositivo e ne consegna copia all'interessato, informando l'assistito sull'iter amministrativo da percorrere, fornendo un'esauriente informazione al paziente ed eventualmente a chi lo assiste, sulle caratteristiche funzionali e terapeutiche e sulle modalità di utilizzo del dispositivo stesso.

### **3.3.3 Riconducibilità**

---

Il concetto di riconducibilità viene introdotto dall'art. 1, comma 5, del D.M. n.332/99 e riferito ad "...un tipo o un modello di dispositivo non incluso nel nomenclatore allegato al presente regolamento, ma riconducibile, a giudizio dello specialista prescrittore, per omogeneità funzionale a quello prescritto ai sensi dell'art.4, comma 2...".

Per i dispositivi tecnici "**riconducibili**" l'art.1, comma 5, del D.M. 332/99 stabilisce che "...l'azienda USL di competenza autorizza la fornitura e corrisponde al fornitore una remunerazione non superiore alla tariffa applicata o al prezzo determinato dalla stessa azienda per il dispositivo incluso nel nomenclatore e corrispondente a quello erogato".

Qualora il prescrittore ritenga indispensabile la fornitura di dispositivi non contemplati negli elenchi dell'allegato 1 del Decreto, ma comunque ad esso riconducibili per omogeneità funzionale, deve fornire adeguata relazione sulla riconducibilità stessa.

In particolare tale relazione dovrà contenere:

- la precisazione che il dispositivo prescritto adempia ad analoghe funzioni riabilitative attribuite a quello cui viene ricondotto compreso nel nomenclatore;
- le motivazioni della inadeguatezza, rispetto alle necessità dell'assistito, del dispositivo previsto negli elenchi e a cui viene ricondotto il dispositivo prescritto.

Il Distretto competente, tramite il medico autorizzatore, previa verifica dell'effettiva sussistenza della riconducibilità del dispositivo, autorizza l'erogazione dello stesso.

Nel caso in cui venga accertata la non riconducibilità del dispositivo il Distretto invierà specifica comunicazione e relativa motivazione del diniego informandone sia l'utente che il prescrittore.

### **3.4 Casi particolari**

---

Per dare una risposta adeguata al bisogno riabilitativo delle persone affette da gravissime disabilità, l'Art. 1, comma 6 del DM n 332/1999 e ss. mm., stabilisce che le Aziende USL possono autorizzare la fornitura di dispositivi non inclusi negli elenchi del Nomenclatore vigente e non riconducibili agli stessi. In questo caso, in presenza di

un'eventuale richiesta di dispositivi, la fornitura deve essere autorizzata dall'Azienda USL di residenza dell'assistito con provvedimento formale.

Il Distretto di residenza dell'assistito, avvalendosi, qualora ritenuto necessario del parere dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM - DGR n.1230/08), integrata dagli specialisti competenti per disabilità, verifica la necessità, l'appropriatezza e l'indispensabilità del dispositivo per il recupero funzionale e sociale dell'assistito, altrimenti non raggiungibile.

Al fine di assicurare la continuità ospedale territorio nella conduzione del progetto riabilitativo definito dall'equipe ospedaliera in fase di dimissione, vista l'importanza che rivestono i dispositivi protesici nel percorso di autonomia delle persone, ha portato ad individuare dei percorsi mirati per pazienti con particolari bisogni. Tali percorsi riguardano, in particolare:

- **i pazienti in dimissione protetta dall'ospedale con presa in carico ADI;**
- **i pazienti nell'ambito di progetti di continuità assistenziale** (percorso pazienti DGR 2068/04, frattura di femore nell'anziano e percorso del paziente con stroke).

Gli ausili prescrivibili per garantire il rientro in sicurezza al domicilio del paziente inserito nei percorsi sopra indicati sono:

CODICE ISO	DESCRIZIONE DETTAGLIATA
03.33.03.003/006/009	CUSCINO ANTIDECUBITO
03.33.06.***	MATERASSO ANTIDECUBITO
18.12.07.***	LETTO ORTOPEDICO A UNA O DUE MANOVELLE
18.12.27.103	Aggiuntivo: sponde (comprese quelle universali)
12.30.09.103	Aggiuntivo: supporto per alzarsi
12.21.03.003	SEDIA COMODA
12.21.06.039/036/045	CARROZZINE PIEGHEVOLI AD AUTOSPINTA CON DUE MANI SULLE RUOTE POSTERIORI
09.12.24.003	SEDIA PER WC – CON BRACCIOLI E REGOLABILI IN ALTEZZA
12.06.09.009	ROLLETOR 4 RUOTE
12.06.06.003	ROLLETOR 2 RUOTE E 2 PUNTALI
12.06.03.006	DEAMBULATORE ARTICOLATO CON SNODO
12.03.18.003	COPPIA DI TETRAPODI

In questi casi la fornitura è limitata ad un periodo massimo di **60** giorni, prorogabili in caso di particolari necessità previo parere favorevole dell'equipe che ha definito il progetto terapeutico/riabilitativo, e durante il quale può essere avviato l'iter per il riconoscimento della condizione di avente diritto (art. 2 DM 332/99 e ss. mm.).

### **3.5 Ausili per la facilitazione della comunicazione**

---

In attuazione dell'Accordo Stato – Regioni del 1 agosto 2007 la Regione Emilia-Romagna ha avviato un programma finalizzato a fornire ausili della comunicazione a persone in una situazione di totale non autosufficienza, che a causa di patologie e deficit di diversa natura rischiano di trovarsi in una situazione di completo isolamento relazionale e di conseguenza in una situazione di profonda sofferenza emotiva. I destinatari degli interventi vengono individuati attraverso i seguenti criteri definiti in ambito nazionale: a) fonazione di grado 2 equivalente ad una perdita sostanziale della parola; b) motilità di grado 4 corrispondente a una situazione di tetraparesi completa. Le singole Aziende USL hanno il compito di garantire in ogni ambito distrettuale l'erogazione degli ausili per la comunicazione attivando le necessarie azioni di informazione, valutazione, fornitura e assistenza tecnica alle persone aventi diritto. Ciascuna Azienda USL ha il compito di assicurare la realizzazione del progetto nel proprio ambito territoriale. La procedura di erogazione utilizzata prevede una adeguata verifica di appropriatezza ed un monitoraggio degli interventi e della spesa ed è coordinata con le normali procedure di assistenza protesica.

Il principale obiettivo del programma è quello di garantire una risposta ai bisogni di comunicazione e relazione nell'ambito di un più ampio progetto personalizzato di vita e di cure. La centralità e la personalizzazione del progetto individuale è pertanto un elemento strategico. A tal fine è stato attribuito un ruolo importante alle équipe multiprofessionali già attivate in ogni ambito aziendale e distrettuale per le gravissime disabilità acquisite ai sensi della DGR 2068/04, sia per individuare gli aventi diritto e verificare i criteri di eleggibilità, sia per garantire su richiesta del cittadino la fornitura degli ausili per la comunicazione all'interno di un più ampio progetto terapeutico/assistenziale/riabilitativo.



Il Centro Regionale Ausili in funzione presso l'Azienda USL di Bologna offre servizi di informazione, formazione e consulenza rivolto agli operatori (medici prescrittori e tecnici della riabilitazione) delle Aziende USL per promuovere la qualità degli interventi attivati.

### **3.6 Autorizzazione**

---

L'autorizzazione alla fornitura del dispositivo è rilasciata sulla base della prescrizione e della documentazione correlata dalla struttura competente del Distretto tramite il medico autorizzatore.

L'autorizzazione ha lo scopo di verificare:

- lo stato di avente diritto del richiedente;
- che sia in corso il rilascio della certificazione di invalidità, anche mediante richiesta della copia del verbale di avvenuta visita di accertamento alla commissione invalidi competente;
- la corrispondenza tra la prescrizione medica e i dispositivi codificati nel nomenclatore;
- il rispetto dei tempi e delle modalità di rinnovo, in caso di fornitura successiva alla prima.

Il medico autorizzatore assume funzione di riscontro della congruenza tra l'ausilio prescritto, la diagnosi e la menomazione disabilità invalidante.

Qualora l'assistito sia momentaneamente domiciliato presso altra Azienda USL questa fornirà il dispositivo previa autorizzazione da parte dell'Azienda USL di residenza del richiedente per l'addebito diretto della fornitura a quest'ultima.

Al fine della verifica di tali requisiti il medico autorizzatore deve richiedere, in presenza di documentazione insufficiente o di incongruenze, approfondimenti specialistici attraverso contatti diretti con gli specialisti senza coinvolgimento del cittadino. A tale proposito e nell'ottica di semplificare l'accesso del cittadino all'assistenza protesica le Aziende provvederanno a definire le modalità che permettano al medico autorizzatore di avvalersi di specialisti di riferimento.

Il Distretto competente si pronuncia sulla richiesta di autorizzazione tempestivamente e comunque, in caso di prima fornitura, entro venti giorni dalla richiesta. In caso di silenzio, trascorsi 20 giorni, l'autorizzazione alla prima fornitura si intende concessa. Le richieste di rinnovo devono essere soddisfatte entro gli stessi termini di tempo.

Nei casi previsti dall'Art. 2, comma 1 lettera e del DM 332/99, l'autorizzazione dovrà essere tempestiva onde permettere l'attivazione altrettanto tempestiva del progetto terapeutico/riabilitativo. A tale proposito le Aziende USL individueranno modalità e raccordi tra le Unità operative ospedaliere e quelle distrettuali al fine di ridurre i tempi di erogazione.

### **3.7 Fornitura e tempi di consegna**

---

La fornitura dei dispositivi deve essere effettuata in relazione ai contratti di fornitura esistenti e comunque non oltre i termini massimi, specifici per categoria di dispositivo, indicati nell'allegato 2 al DM 332/99, fatta salva la fornitura di dispositivi urgenti la cui consegna deve avvenire in tempi inferiori rispetto a quelli massimi indicati e compatibili con l'attivazione tempestiva del progetto riabilitativo.

Per garantire l'attuazione del progetto terapeutico/riabilitativo gli uffici protesi dei Distretti hanno il compito di verificare il rispetto dei termini di consegna come sopra indicato con segnalazione delle difformità agli uffici preposti.

### **3.8 Collaudo**

---

Il collaudo è definito dal DM 332/99 e ss. mm. come l'atto necessario per accertare "...la congruenza clinica e la rispondenza del dispositivo ai termini dell'autorizzazione..." (art. 4, comma 10, DM 332/99).

All'atto autorizzativo della prescrizione, il paziente sottoscrive il modulo con il quale si impegna ad effettuare il collaudo entro il termine previsto.

Per quanto riguarda i **dispositivi Assistenziali** si prevede un collaudo a campione (10%) esclusivamente nei casi in cui l'ausilio non sia fornito direttamente dalle AUSL o

tramite procedure di gara. L'assistito deve comunque e in ogni caso attestare l'avvenuta consegna del dispositivo prescritto e il suo perfetto funzionamento.

Per tutti i **dispositivi Riabilitativi** il collaudo deve essere effettuato dal medico prescrittore entro 40 giorni dalla data di consegna del dispositivo stesso all'utente.

Il collaudo:

- consiste in una valutazione clinico funzionale della corrispondenza della fornitura del dispositivo alla prescrizione e la sua idoneità allo sviluppo del progetto terapeutico/assistenziale/riabilitativo;
- deve essere effettuato da chi ha proposto la prescrizione o da altro specialista della stessa area professionale di appartenenza della stessa Azienda sanitaria o dell'Azienda sanitaria di residenza dell'assistito, che potrà avvalersi anche del fisioterapista, logopedista/terapista occupazionale qualora abbiano formulato la proposta di ausilio.

Il medico prescrittore dovrà provvedere ad una visita di controllo ambulatoriale per effettuare il collaudo.

Il collaudo dei dispositivi erogati a utenti non trasportabili o in caso di gravi motivazioni è effettuato al domicilio o presso la struttura di ricovero.

Qualora il collaudo accerti la mancata corrispondenza alla prescrizione, il malfunzionamento o l'inidoneità tecnico-funzionale del dispositivo, l'erogatore è tenuto ad apportare le necessarie modifiche e sostituzioni, fermi restando gli obblighi dell'erogatore nel periodo di garanzia.

Qualora l'assistito non si presenti alla data fissata per il collaudo senza giustificato motivo (Art. 4 comma 10 DM 332/99 e ss. mm.) dovrà corrispondere alla propria AUSL l'intero importo del dispositivo, in tal caso l'Azienda USL è sollevata da qualsiasi responsabilità inerente il dispositivo stesso.

### **3.9 Controlli**

---

La Regione effettuerà il monitoraggio relativo alla corretta applicazione, da parte delle Aziende USL, delle presenti linee di indirizzo.

Le Aziende USL dovranno prevedere e attivare specifici controlli a campione sulla regolarità e verifica di qualità in ordine al rispetto della procedura di erogazione dei dispositivi consegnati agli utenti.

Ai fini della verifica del percorso di assistenza protesica, l'Azienda USL di residenza dell'assistito, deve aprire e mantenere aggiornata un'apposita scheda/fascicolo che deve contenere alcune informazioni essenziali quali:

- la documentazione attestante la condizione di avente diritto;
- tutte le prestazioni erogate al medesimo assistito con le relative motivazioni;
- le date delle forniture.

L'organizzazione e la gestione di tale scheda fascicolo dovrà essere effettuata di norma su supporto informatico al fine di creare un'unica banca dati aziendale sull'assistenza protesica interfacciabile sia con la banca dati dell'anagrafe assistiti sia con altre banche dati in possesso dell'Azienda USL.

### **3.10 Montascale**

---

E' indicata per i soggetti totalmente non deambulanti o non deambulanti funzionalmente dimoranti abitualmente in edifici sprovvisti di ascensore idoneo, serviti da scale non superabili mediante l'installazione di una rampa di cui al D.M. Lavori Pubblici 14 agosto 1989, n. 236; oppure per il superamento di barriere architettoniche interne all'abitazione.

E' di norma compito dei professionisti che effettuano la valutazione/prescrizione accertare, attraverso un'indagine sociale, la sussistenza delle condizioni:

- di non deambulabilità, intesa come impossibilità ad una deambulazione funzionale, cioè di un cammino che non sia solo mero esercizio ma anche vero e proprio mezzo di spostamento,
- di assoluta indispensabilità del montascale in relazione alla sua reale potenzialità dell'ausilio di modificare positivamente ("facilitatore") le condizioni di partecipazione ed influire significativamente sugli aspetti psico-relazionali della persona.

Pertanto, la prescrizione, conforme a quanto disposto dall'articolo 4 del D.M. 332/99 e ss. mm., dovrà:

- scaturire da una attenta valutazione clinica della persona disabile e/o del care giver che verifichi nella sua globalità la possibilità di utilizzo del dispositivo,
- essere parte integrante di un progetto terapeutico/riabilitativo di prevenzione, cura e riabilitazione da cui emerga il significato riabilitativo dell'ausilio, che tenga conto:
  - del grado di motivazione del paziente, delle patologie da cui eventualmente risulta affetto e della vita sociale svolta (tipo di lavoro, interessi sociali, presenza di care giver in grado di supportare l'assistito nell'utilizzo in sicurezza del montascale);
  - delle modalità di verifica, in relazione all'andamento del programma stesso.

Particolare attenzione dovrà essere posta all'addestramento del car giver e/o del paziente all'uso del montascale per garantirne un corretto e appropriato utilizzo.

Al fine di verificare l'efficacia della soluzione adottata, è necessario che vengano attivate, a distanza di non più di 6 mesi dall'erogazione del montascale, verifiche attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc con eventuale visita al domicilio per valutare l'effettivo utilizzo dell'ausilio stesso e l'eventuale necessità di un nuovo addestramento.

La rilevazione di uno scarso o mancato uso del montascale, per sopraggiunte variazioni delle condizioni che ne hanno determinato la prescrizione, andrà sottoposta a rivalutazione del caso.

Qualora vi sia impossibilità all'utilizzo del montascale possono essere attivati i Centri per l'adattamento domestico di primo livello (CAAD) o specialistici di secondo livello (CRA e CRIBA) utili a garantire informazione e consulenza per il superamento delle barriere architettoniche.

#### **4. PROPRIETÀ, COMODATO E RIUTILIZZO DEI DISPOSITIVI**

In ottemperanza a quanto previsto dall'Art. 4 comma 12 del DM 332/99 e ss. mm. la Regione Emilia-Romagna stabilisce che i dispositivi protesici non realizzati su misura e/o personalizzati riutilizzabili, di cui agli elenchi 1 e 2, si intendono ceduti in comodato alla persona assistita. In caso di non utilizzo dei dispositivi (ad esempio per mutate condizioni cliniche, per ricovero in struttura, per trasferimento ecc.) l'Azienda USL provvederà al recupero degli stessi. Tali dispositivi, opportunamente sanificati, ricondizionati ed eventualmente riparati, potranno così essere concessi ad altro utente. Le modalità organizzative, di recupero e consegna dell'ausilio dovranno essere regolamentate da ogni singola AUSL. Al fine di rendere omogenee, in ambito regionale, le modalità di sanificazione messa a norma e riparazione degli ausili, particolare attenzione andrà posta:

- alla tracciabilità degli ausili riutilizzati;
- alla certificazione di un tecnico abilitato della struttura che ha eseguito la sanificazione, ricondizionamento e messa a norma.

Inoltre, particolare attenzione deve essere posta alla semplificazione dei percorsi, alla previsione di tempi brevi di consegna, all'ottimizzazione generale del servizio.

La proprietà del dispositivo protesico è invece della persona assistita se la sua partecipazione all'acquisto è superiore al 50% del costo totale. In tal caso compete alla persona assistita provvedere alla riparazione e alla manutenzione dello stesso.

## **5. FLUSSI INFORMATIVI**

---

Il notevole impatto che l'assistenza protesica produce sulla spesa sanitaria sollecita l'attivazione di strumenti utili a monitorare l'utilizzo dei dispositivi protesici, di controllarne la congruità rispetto alla domanda ed infine di perseguire un' efficace economicità del sistema.

Un sistema informativo che sappia garantire informazioni validate ed aggiornate costituisce, infatti, una risorsa indispensabile per la programmazione e la verifica del Servizio Sanitario regionale nel suo complesso. Rappresenta, inoltre, una risorsa per dar conto di come evolvono le strutture e i servizi erogati dallo stesso Servizio Sanitario regionale.

La realizzazione di un sistema informativo è il principale strumento di rilevazione sistematica delle informazioni relative alle prestazioni erogate ai singoli utenti tale da soddisfare esigenze informative, amministrative, epidemiologiche e di monitoraggio dei consumi. A tale proposito è stato attivato un progetto specifico per la realizzazione di un sistema informativo regionale.

## **6.LA FORMAZIONE**

---

L'individuazione dell'ausilio più appropriato è un momento importante per una persona perché da questa scelta può essere influenzata la sua vita e quella di chi vive intorno a lei; essa necessita di un processo di maturazione personale, di accettazione della disabilità e di volontà di acquisizione di una nuova autonomia che a volte richiede vere e proprie scelte di vita.

La scelta dell'ausilio si sviluppa lungo un percorso che richiede il coinvolgimento di diverse figure professionali ciascuno con i propri ruoli e funzioni ma con un progetto terapeutico condiviso; al centro del team multidisciplinare e degli obiettivi terapeutici c'è sempre il paziente e la sua famiglia.

Di fronte a un quadro così complesso bisogna prevedere una formazione permanente di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso di fornitura dell'ausilio.

La formazione inserita, ormai a pieno titolo, tra gli strumenti che permettono di

affrontare le nuove sfide di ottimizzazione delle risorse e innalzamento della qualità dei servizi, assume anche un ruolo strategico, come leva per coinvolgere le organizzazioni nel loro complesso, offrendo gli strumenti utili per sostenere il cambiamento.

Per implementare ulteriormente una cultura interdisciplinare e intersettoriale e migliorare significativamente la qualità di vita degli assistiti le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere, dovranno realizzare percorsi formativi.

La necessità di rispondere ai bisogni in maniera sempre più personalizzata e diversificata, di potenziare e qualificare i servizi, impone di sviluppare un sistema "a rete" che ha le sue basi fondamentali nell'integrazione tra i servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali e nella valorizzazione di tutte le competenze.

Al fine di diffondere e condividere gli obiettivi formativi, in un'ottica di efficiente ed economica gestione delle risorse, le iniziative formative dovranno essere organizzate per Area vasta.

La formazione sia multiprofessionale che monoprofessionale, sarà volta a:

- migliorare la qualità e l'appropriatezza dei servizi di fornitura di protesi, ortesi ed ausili tecnologici;
- migliorare la formazione dei vari professionisti che intervengono nel processo di fornitura;
- ridurre le prescrizioni inappropriate;
- aumentare il ruolo e la consapevolezza della "community rehabilitation" nell'ambito del bisogno di assistenza protesica ed ortesica.

Le figure professionali da coinvolgere nei percorsi formativi sono prevalentemente:

- Medici specialisti,
- Medici di medicina generale,
- Pediatri di Libera Scelta,
- Fisioterapisti,
- Infermieri,
- Medici autorizzatori,
- Professionisti della riabilitazione che a vario titolo si occupano di protesi, ortesi ed ausili tecnologici,
- Professionisti dell'area sociale.

Per ciascuna di queste figure è possibile prevedere un livello formativo differenziato a



seconda del tipo di coinvolgimento nella fornitura dell'ausilio.

È razionale pensare che buona parte dei professionisti che opera all'interno delle strutture sanitarie incontrino nella propria pratica pazienti che necessitano di ausili; a questo livello è pertanto necessario prevedere una formazione di base che permetta di conoscere il percorso organizzativo e le modalità clinico-assistenziale dell'assistenza protesica.

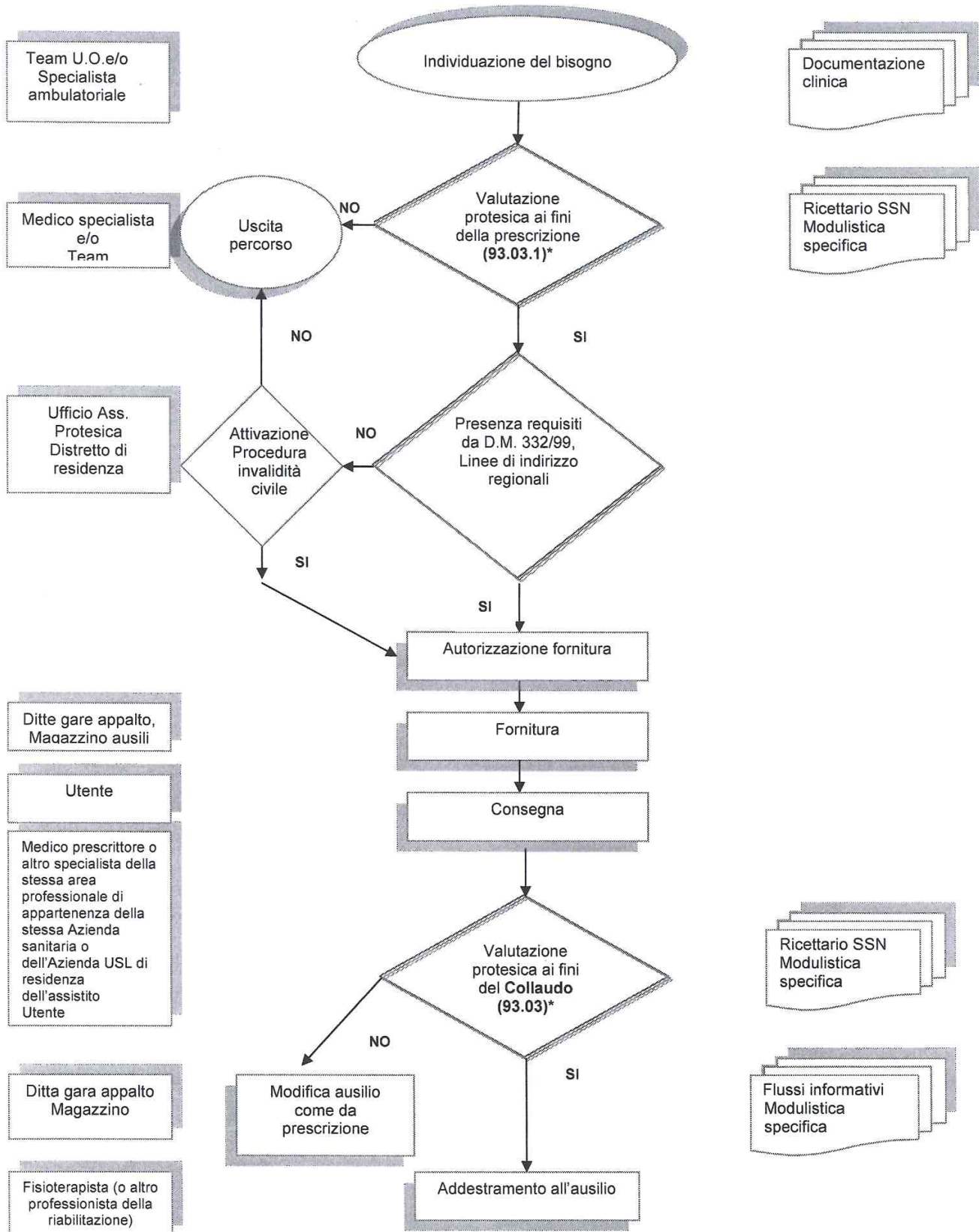
Un secondo livello formativo più specialistico è da prevedere per i componenti delle équipes riabilitative.

Il terzo livello formativo, realizzato a livello regionale, è da prevedere per i professionisti che ricoprono ruoli strategici nell'ambito del percorso di assistenza protesica.

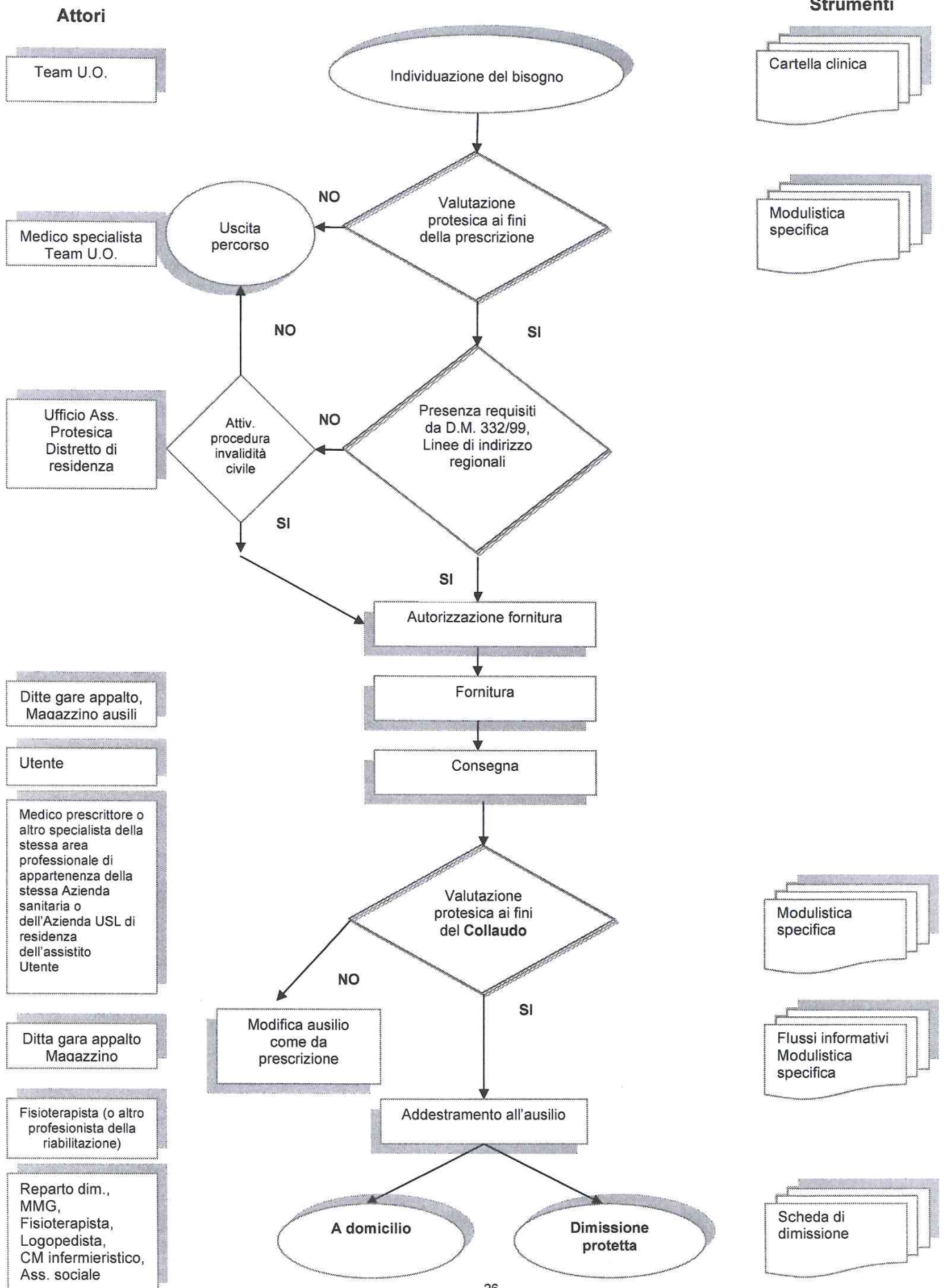
## PERCORSO DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PROTESICA, ORTESICA E DI AUSILI TECNOLOGICI PER PAZIENTE AMBULATORIALE

### Attori

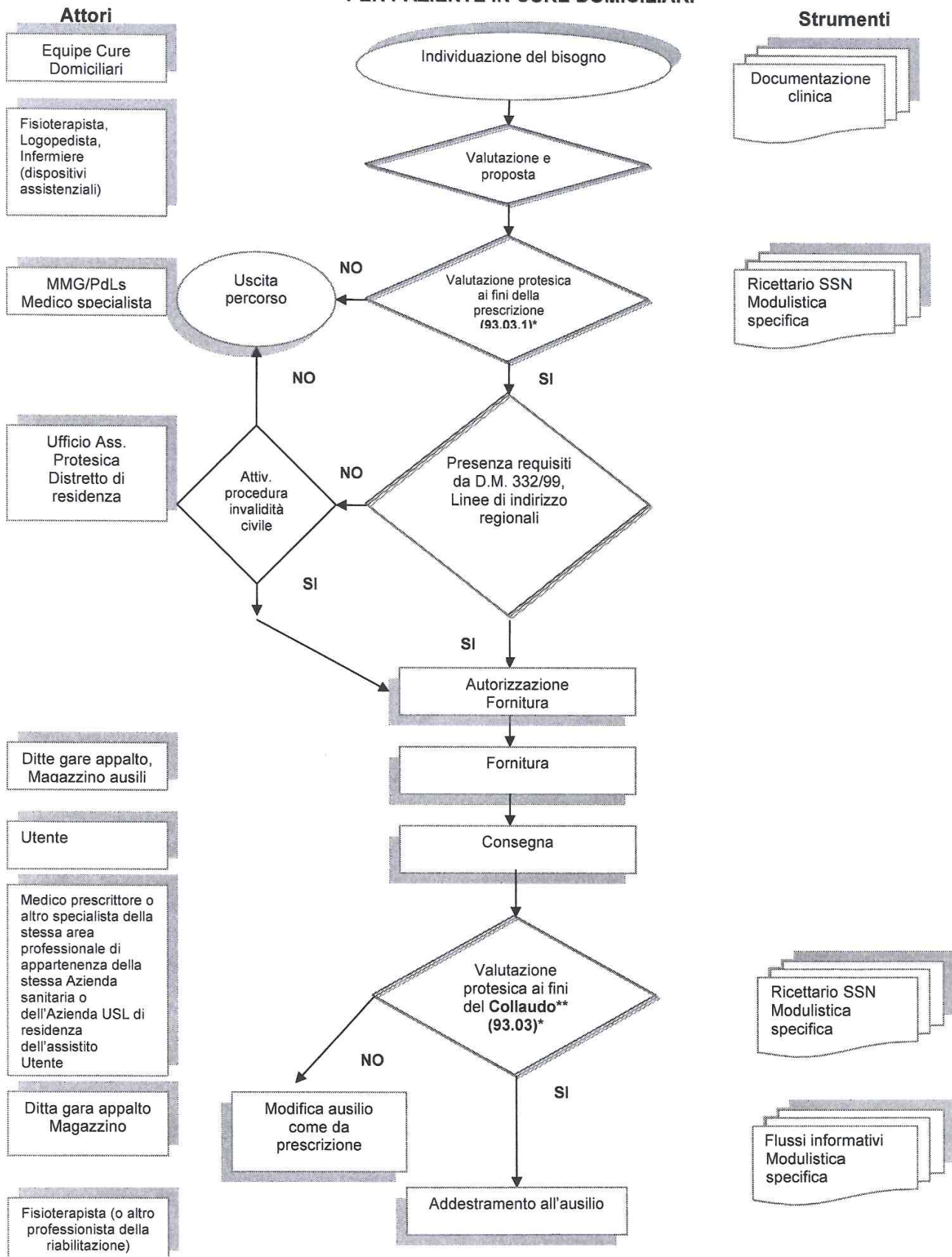
### Strumenti



## PERCORSO DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PROTESICA, ORTESICA E DI AUSILI TECNOLOGICI PER PAZIENTE IN STRUTTURA DI DEGENZA



## PERCORSO DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PROTESICA, ORTESICA E DI AUSILI TECNOLOGICI PER PAZIENTE IN CURE DOMICILIARI



\* Codice Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - DGR n. 410/1997 e ss. mm.  
 \*\*Per i **Dispositivi assistenziali** è previsto un collaudo a campione (**10%**) esclusivamente nei casi in cui l'ausilio non sia fornito direttamente dalle AUSL o tramite procedure di gara.

## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 NOVEMBRE 2011, N. 1639

**Primi provvedimenti di attuazione della legge n. 38 del 2010: istituzione della Struttura di coordinamento regionale della Rete delle Cure palliative**

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (G.U. n. 65 del 19/3/2010) che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza;

Visto l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore del 16 dicembre 2010 - Rep. atti n. 239/CSR;

Richiamata la propria deliberazione n. 967 del 4/7/2011 con la quale veniva recepito l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore del 16 dicembre 2010 - Rep. atti n. 239/CSR;

Dato atto che da anni la Regione Emilia-Romagna ha operato in maniera efficace e puntuale per la definizione della rete dei servizi delle cure palliative e per la realizzazione del progetto ospedale senza dolore, che si trovano in avanzato stato di attuazione;

Richiamate, in particolare, le proprie deliberazioni:

- 456/00 con la quale è stato approvato il programma regionale "La rete delle cure palliative";

- 591/02 "Piano Sanitario Regionale 1999/2001 - Programma La rete delle cure palliative - Provvedimenti attuativi per il completamento del programma Hospice";

Sulla base dei risultati conseguiti il Piano Sociale e Sanitario 2008 - 2010, approvato con Deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008, prevede il completamento del programma regionale qualificando gli interventi dell'assistenza oncologica, delle cure palliative, della terapia del dolore, nel rispetto delle esigenze espresse dai pazienti e dalle loro famiglie;

Richiamata inoltre la determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche sociali n. 15766 del 5/12/2008 con la quale è stato costituito un gruppo di lavoro regionale che ha definito e realizzato un percorso formativo con l'obiettivo di promuovere cambiamenti organizzativi utili ad implementare modelli di lavoro interprofessionali volte a migliorare il percorso clinico-assistenziale dei pazienti oncologici;

Considerato che l'Accordo del 16 dicembre 2010 - Rep. Atti n. 239/CSR - soprarichiamato prevede, tra l'altro, per il reale/ulteriore sviluppo delle cure palliative, l'istituzione di una Struttura organizzativa regionale dedicata al coordinamento della rete delle cure palliative;

Considerato necessario istituire una Struttura organizzativa regionale dedicata al coordinamento della rete delle cure palliative, per rendere coerente la preesistente regolamentazione regionale con i contenuti della Legge 38/10 e dell'Accordo tra

lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 sopraccitato al fine di darne applicazione omogenea in ambito regionale;

Rilevato che a tal fine la Struttura organizzativa regionale dovrà:

- coordinare il processo di sviluppo della rete delle cure palliative (domicilio, hospice, strutture residenziali, strutture ospedaliere);
- monitorare lo stato di attuazione delle reti locali;
- sviluppare il sistema informativo regionale sulle cure palliative;
- definire e monitorare gli indicatori quali - quantitativi di cure palliative ivi inclusi gli standard di cui al decreto 43/07;
- definire gli indirizzi per lo sviluppo di percorsi di presa in carico e assistenza ai sensi dell'art.2 comma 1 L. 38/10;
- promuovere programmi obbligatori di formazione continua in Cure Palliative come previsto dalla L. 38/10;
- promuovere e monitorare le attività di ricerca in cure palliative;
- realizzare specifiche campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità di accesso ai programmi di cure palliative;
- sensibilizzare tutti gli operatori sanitari alle tematiche delle cure palliative;

Valutato opportuno procedere alla individuazione dei componenti della struttura organizzativa regionale sulla base delle necessarie competenze nel settore prevedendo la presenza di:

- funzionari della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali;
- funzionari dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale;
- rappresentanti delle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord, Area Vasta Emilia Centrale, Area Vasta Romagna;

Richiamate le proprie deliberazioni 1057/06, 1150/06, 1663/06, 1151/07, 2416/08 e succ. mod., 1173/09, 1377/10 e 1222/11;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute, Carlo Lusenti;

a voti unanimi e palesi,

delibera:

1. di dare attuazione all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore del 16 dicembre 2010 - Rep. atti n. 239/CSR - che prevede l'istituzione di una Struttura organizzativa regionale di coordinamento della rete delle cure palliative con le funzioni sottoelencate:

- coordinare il processo di sviluppo della rete delle cure palliative (domicilio, hospice, strutture residenziali, strutture ospedaliere);
- monitorare lo stato di attuazione delle reti locali;
- sviluppare il sistema informativo regionale sulle cure palliative;
- definire e monitorare gli indicatori quali - quantitativi di cure palliative ivi inclusi gli standard di cui al decreto n. 43/07;
- definire gli indirizzi per lo sviluppo di percorsi di presa in

carico e assistenza ai sensi dell'art.2 comma 1 L.38/2010;

- promuovere programmi obbligatori di formazione continua in Cure Palliative come previsto dalla L.38/2010;
  - promuovere e monitorare le attività di ricerca in cure palliative;
  - realizzare specifiche campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità di accesso ai programmi di cure palliative;
  - sensibilizzare tutti gli operatori sanitari alle tematiche delle cure palliative;
2. per tali fini, di costituire un gruppo di lavoro con i com-

piti sopraindicati e composto da:

- funzionari della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali;
  - funzionari dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale;
  - rappresentanti delle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord, Area Vasta Emilia Centrale, Area Vasta Romagna;
3. di demandare al Direttore generale Sanità e Politiche sociali, con successivo atto, l'individuazione e la nomina dei componenti del gruppo di lavoro di cui al punto 2;
4. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna.

#### **COMUNICATO REDAZIONALE**

Si comunica che con Legge regionale 6 luglio 2009, n. 7 (pubblicata nel BUR n. 117 del 7 luglio 2009) il Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, dal 1 gennaio 2010, è redatto esclusivamente in forma digitale e consultabile on line. La Regione Emilia-Romagna garantisce l'accesso libero e gratuito a tutti i cittadini interessati tramite il proprio sito <http://bur.regione.emilia-romagna.it>

La consultazione gratuita del BURERT dal 1 gennaio 2010 è garantita anche presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico e le Biblioteche della Regione e degli Enti Locali.

Presso i Comuni della Regione è inoltre disponibile in visione gratuita almeno una copia stampata dell'ultimo numero. È sempre possibile richiedere alla Redazione del BURERT l'invio a mezzo posta di una copia della pubblicazione dietro apposito pagamento in contrassegno.