

PDTA Scompenso Cardiaco

Prof. Domenico Conforti – Lezione 36 – 20.12.23 – Autori/Revisionatori: Salvati e Luciani

PDTA SCOMPENSO CARDIACO

La definizione del PDTA si fonda su quattro strati fondamentali che contribuiscono a definire l'architettura del sistema di erogazione dei servizi sanitari appropriati allo specifico dominio:

- **Modello di cura:** artefatto logico-razionale che definisce i flussi di attività da attuare e i servizi sanitari da erogare per rispondere efficacemente alla domanda di tutela della salute.
- **Modello organizzativo:** l'architettura organizzativa e le risorse necessarie per produrre ed erogare i servizi sanitari previsti dai relativi modelli di cura.
- **Gestione delle risorse:** le tecniche e gli strumenti per pianificare e gestire l'uso delle risorse sanitarie.
- **Servizi digitali:** piattaforme tecnologiche con funzionalità di supporto informativo e decisionale basate sulla rappresentazione ed elaborazione di dati, informazione e conoscenza del dominio di riferimento.

Il PDTA dello scompenso cardiaco fa riferimento, in particolare, all'integrazione tra modello di cura e modello organizzativo.

Per consentire un'applicazione efficace ed efficiente al PDTA bisogna capire come allocare le risorse sanitarie coinvolte e come prevedere delle piattaforme tecnologiche di servizi digitali che sono fundamentalmente deputate ad organizzare e gestire i dati clinici.

Alla luce di questa interpretazione, la soluzione è quella dell'**Integrated Care** che nel caso specifico dello scompenso cardiaco mette al centro il paziente (visione paziente-centrica), con la possibilità eventualmente di attuare iniziative di empowerment del paziente nel contesto domiciliare affinché il contesto in cui egli vive (compreso di familiari e caregiver) possa essere sostenuto da una sorta di autogestione della malattia. I livelli di assistenza e cura sono concentrici e via via più complessi in relazione ai processi clinici.

La primary care coinvolge, oltre al medico di medicina generale (MMG), anche AFT (aggregazioni funzionali territoriali → fanno riferimento alle unità organizzative che permettono di integrare nella medicina di base le competenze specifiche dei MMG) e UCCP (unità di cura complessa primaria → accanto al MMG è presente anche uno specialista territoriale e ciò permette di avere professionalità dei dispositivi anche a livello ambulatoriale).

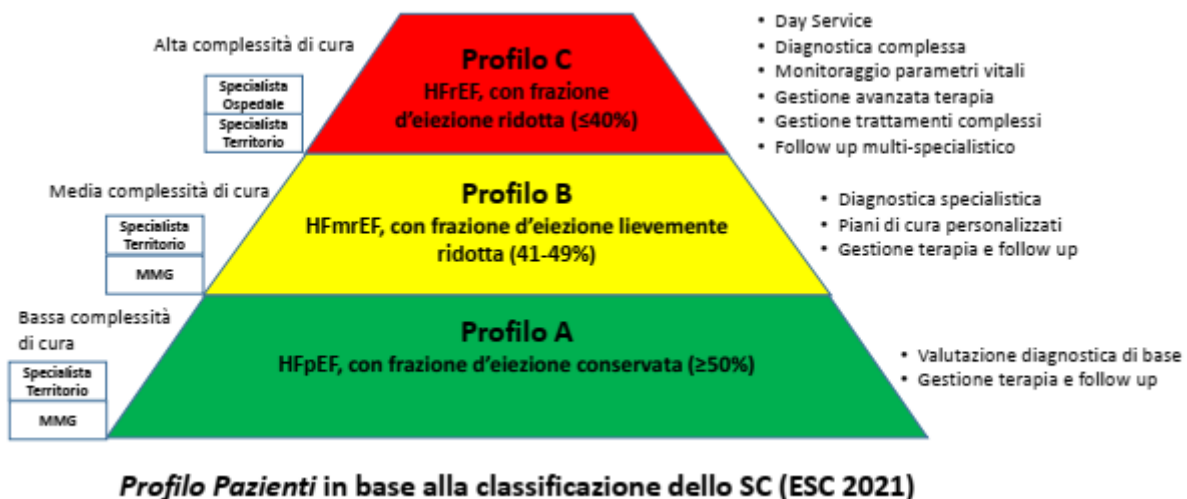
La secondary care, invece, viene affidata a specialisti territorio e specialisti ospedale.



Nella definizione del PDTA occorre definire, in generale, gli obiettivi complessivi che consentono di configurarlo. In questo caso gli obiettivi sono:

- **Prevenzione** → attuazione di misure atte a prevenire e/o ritardare la comparsa di SC.
- **Presa in carico** → presa in carico dei pazienti cronici di SC o in condizioni di rischio di sviluppo della patologia.
- **Appropriatezza** → attuazione di percorsi diagnostici e terapeutici che consentono di gestire in modo appropriato la progressione della malattia, riducendo le ospedalizzazioni e i ricoveri ripetuti.
- **Integrazione** → integrazione dei setting assistenziali e dei livelli di assistenza e cura: medicina di base, cardiologia specialistica ambulatoriale territoriale, cardiologia ospedaliera.

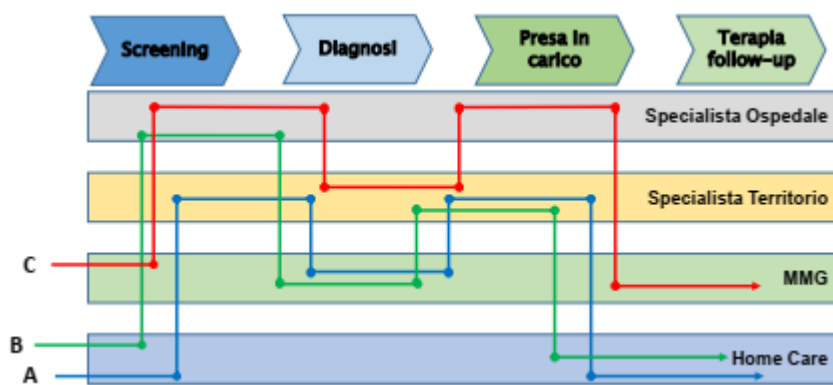
Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi, è possibile partire dalla definizione degli scenari clinici e relativi servizi, grazie alla base fornita dalle linee guida dello SC 2021 che stratificano le condizioni dei pazienti in 3 diversi profili sulla base del valore della frazione di eiezione. Inoltre, ad ognuno di questi profili è associata la complessità di cura.



- Profilo A** con frazione d'eiezione conservata ($\geq 50\%$)
Vi è una bassa complessità di cura, quindi la gestione di questo profilo è affidata allo specialista del territorio e al MMG. In questo profilo, inoltre, bisognerebbe garantire un adeguato supporto per l'empowerment del paziente, garantendo che possa autogestirsi. Le procedure attuate in questo profilo riguardano la valutazione diagnostica di base, gestione terapia e follow up.
- Profilo B** con frazione d'eiezione lievemente ridotta (41-49%)
Vi è una media complessità di cura, associata anche in questo caso allo specialista del territorio e al MMG.
Le procedure attuate in questo profilo sono rappresentate da diagnostica specialistica, piani di cura personalizzati e gestione terapia e follow up.
- Profilo C** con frazione d'eiezione ridotta ($\leq 40\%$)
Vi è un'alta complessità di cura e in questo caso deve intervenire, oltre allo specialista del territorio, anche lo specialista di ospedale.
Le procedure attuate in questo profilo sono rappresentate dal day-service, diagnostica complessa, monitoraggio parametri vitali, gestione avanzata terapia, gestione trattamenti complessi, gestione terapia e follow up.

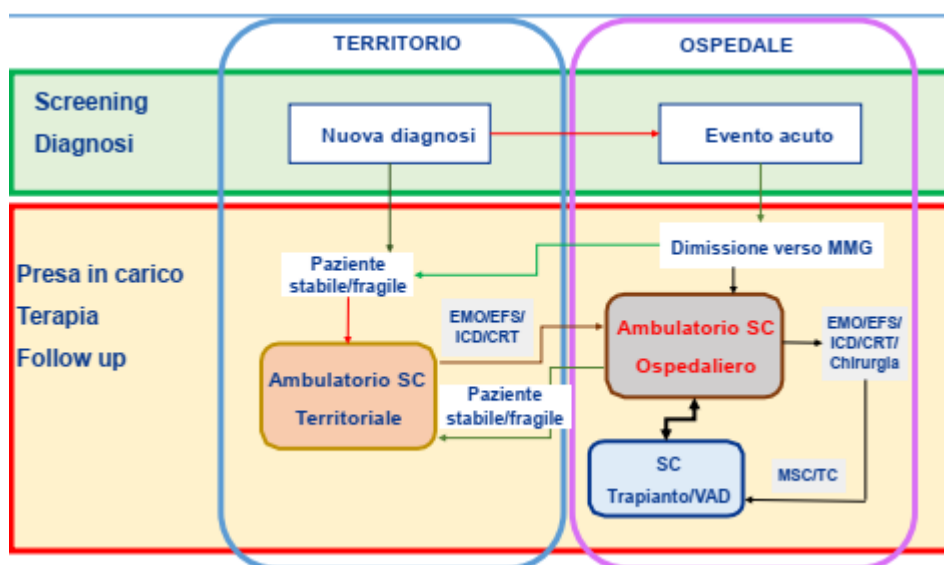
Una volta definiti i profili dei pazienti, è possibile identificare i cosiddetti “macro processi”:

- **Screening** → la fase di screening identifica gli individui che presentano fattori di rischio per l’insorgenza di SC. L’obiettivo è di identificare precocemente e tempestivamente gli individui affetti dalla patologia e di conseguenza attuare misure preventive.
- **Diagnosi** → la fase di diagnosi rappresenta il primo momento del percorso nei casi in cui l’individuo manifesti la comparsa di segni e sintomi della patologia. La prima diagnosi può essere fatta in un qualsiasi setting ambulatoriale.
- **Presa in carico** → la presa in carico è l’attività gestionale finalizzata ad assicurare la continuità delle cure del paziente nei setting appropriati da definirsi al momento della diagnosi o della rivalutazione.
- **Terapia e follow up** → la terapia e il follow up riguardano le fondamentali fasi di cura e gestione assistenziale del paziente basate sulla stratificazione prognostica e la gestione integrata multi-specialistica.



In questa immagine sono rappresentati i tre profili A, B, C dei pazienti in relazione ai quattro macro processi (colonne) e ai quattro setting di assistenza e cura (righe). Si ottengono i possibili percorsi dei profili, che rappresentano l’evoluzione dinamica delle condizioni dei pazienti del tempo.

Una possibile organizzazione funzionale potrebbe essere il seguente schema che permette di relazionare i macro processi (sulle linee verticali) e i setting, organizzati in territorio (medicina di base, medicina specialistica territoriale) e ospedale. La macrodistinzione tra territorio ed ospedale permette di baricentrare il tutto su due unità operative ambulatoriali, che sono rappresentate dall’**ambulatorio SC territoriale** e dall’**ambulatorio SC ospedaliero**.



La nuova diagnosi (prima diagnosi di un nuovo paziente) viene identificata a livello territoriale. In relazione alle condizioni cliniche del nuovo paziente (stabile/fragile) il percorso sarà differente.

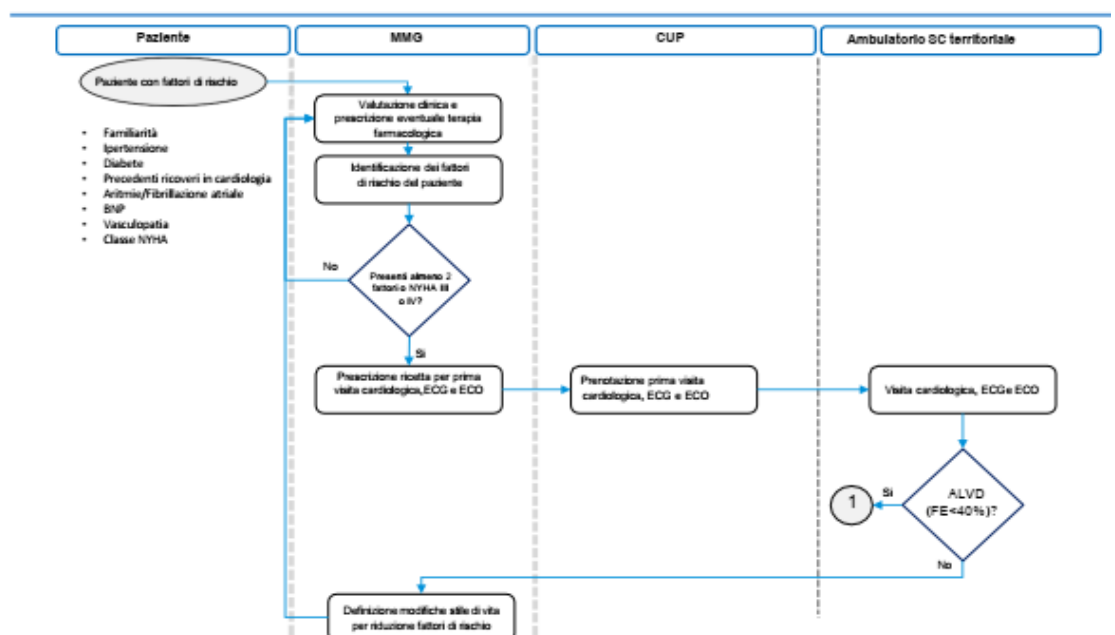
Per quanto riguarda screening e diagnosi, all'ospedale si arriva (accedendo tramite PS) con la manifestazione di un evento acuto severo (sia per un nuovo paziente che per un paziente cronico già diagnosticato). La gestione dell'evento acuto avviene, quindi, all'interno dell'ospedale e, per ottenere le dimissioni dal MMG, il paziente deve diventare stabile. Il tutto ruota intorno all'ambulatorio SC ospedaliero e agli eventuali approfondimenti diagnostici/terapeutici, fino ad arrivare ai casi più estremi in cui vi è la possibilità di un trapianto.

Gli attori legati a questi due macroambienti sono:

- Per il territorio:
 - MMG
 - AFT/UCCP
 - ADI (assistenza domiciliare integrata)
 - Ambulatorio SC territoriale in cui agisce lo specialista
 - Case della comunità, offrono servizi che consentono di garantire l'attuazione a livello gestionale della presa in carico del paziente:
 - PUA (punto unico d'accesso)
 - CUP
 - PTA (presidio territoriale d'assistenza)
 - RSA, Riab/Lungo Deg, Hospice
 - Emergenza territorio (118)
- Per l'ospedale:
 - Pronto soccorso
 - Ambulatorio SC ospedaliero in cui agisce lo specialista
 - Cardiologia/Med Interna/Geriatria (gestione ricovero dei pazienti)
 - UTIC
 - Centro trapianti

SCREENING

Gli attori coinvolti sono il paziente, il MMG, il CUP e l'ambulatorio SC territoriale.



Il MMG identifica quali sono i pazienti con potenziali fattori di rischio: familiarità, ipertensione, diabete, precedenti ricoveri in cardiologia, classe NYHA, ecc. Sulla base di questi fattori, il MMG effettua una valutazione clinica ed eventualmente prescrive una terapia farmacologica. Se sono presenti almeno due fattori di rischio o è presente una classe NYHA III o IV, allora c'è il sospetto di SC che, per essere confermato, richiede una visita cardiologica (ECG o ECO). Questa visita viene prenotata tramite il CUP e se si verifica una ALVD (disfunzione ventricolare sinistra asintomatica) verrà effettuato l'accesso all'ambulatorio SC territoriale. Altrimenti, bisogna attuare modifiche sullo stile di vita per ridurre i fattori di rischio e si ritorna indietro.

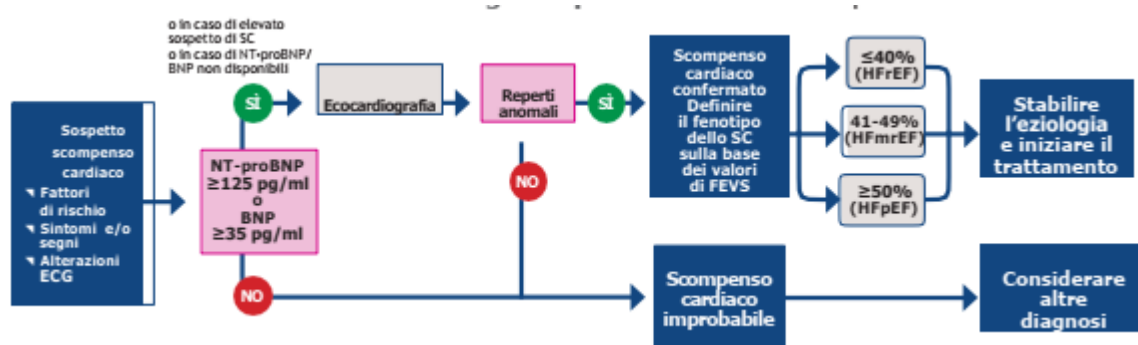
DIAGNOSI

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica caratterizzata da:

- Sintomi tipici (dispnea, edemi declivi ed affaticabilità)
- Segni clinici (elevata pressione venosa giugulare, rantoli polmonari ed edema periferico)

Alla base vi sono anomalie cardiache strutturali e/o funzionali che determinano un aumento delle pressioni intracardiache e/o una inadeguata portata cardiaca a riposo e/o sotto sforzo.

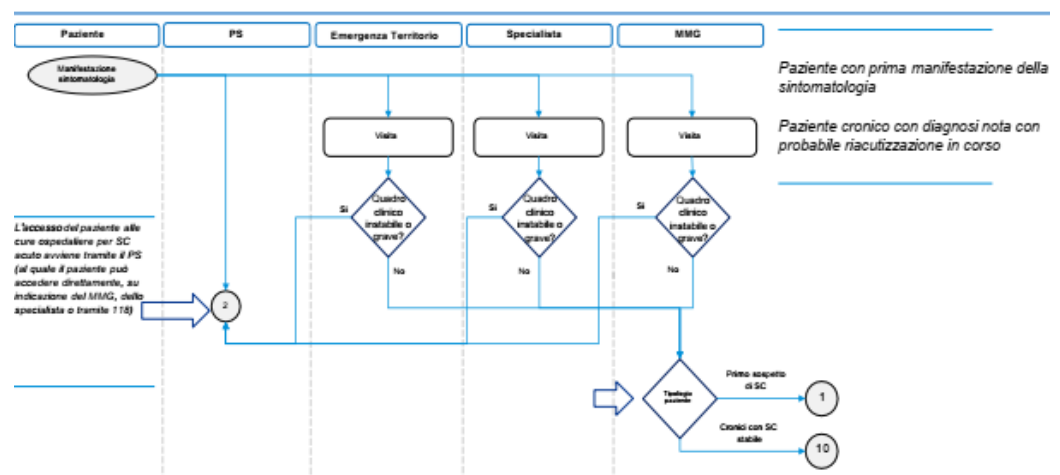
La diagnosi viene fatta sulla base delle linee guida:

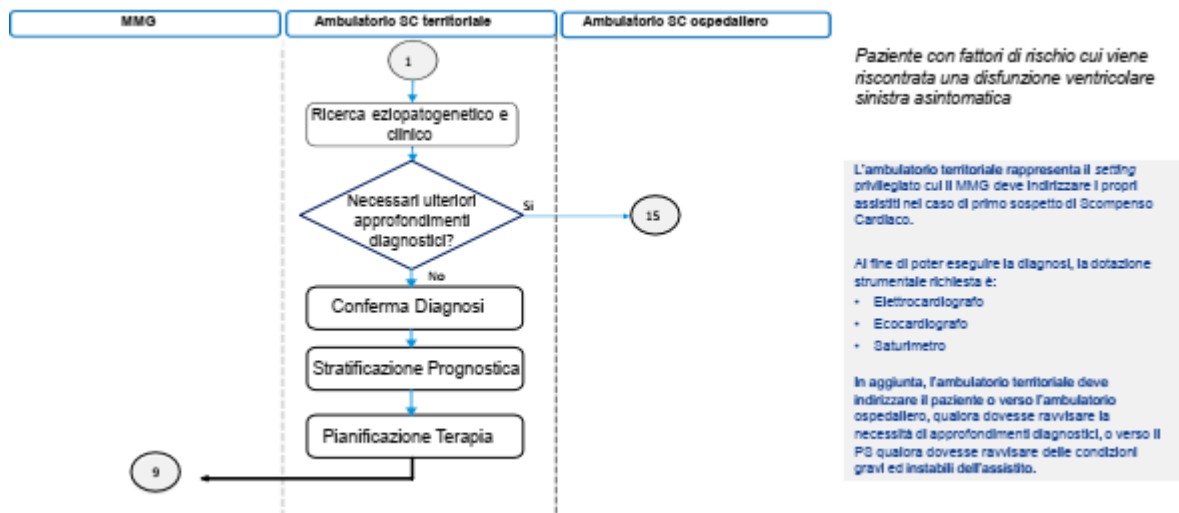


A questo punto, la situazione sarà diversa a seconda che si tratti di un paziente con prima manifestazione della sintomatologia o di un paziente cronico con diagnosi nota e probabile riacutizzazione in corso.

L'accesso del paziente con manifestazione sintomatologica (per entrambe le tipologie di paziente) avviene tramite il pronto soccorso (al quale il paziente può accedere direttamente, su indicazione del MMG, dello specialista o tramite 118).

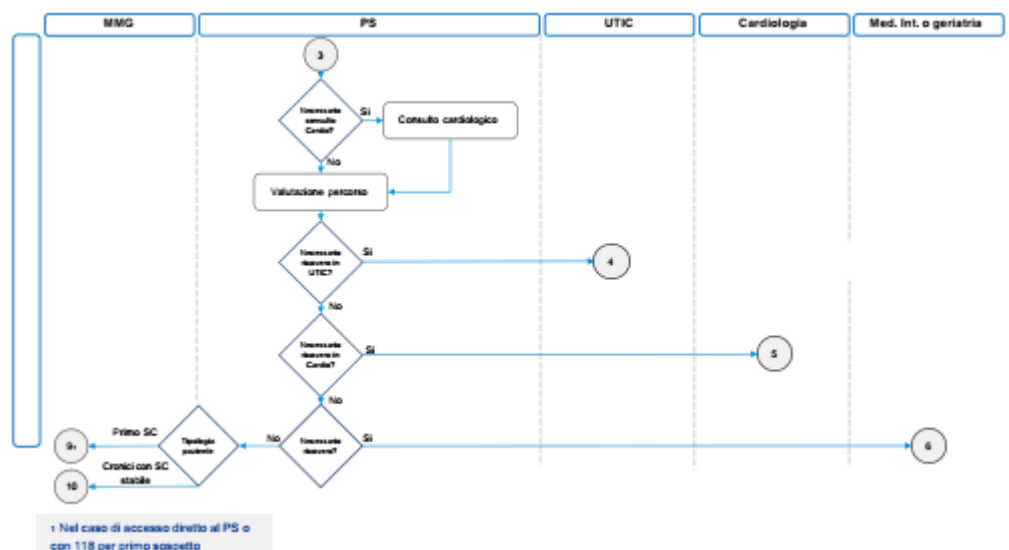
In ogni setting (emergenza territorio, specialista, MMG) viene effettuata una visita e se il quadro clinico è instabile o grave, si rimanda il paziente al PS. Altrimenti si caratterizza la tipologia specifica del paziente che verrà trattata dal medico di base.





La valutazione ambulatoriale prevede la ricerca eziopatogenetica e clinica per capire le cause che hanno scatenato la patologia e, se necessario, vengono richiesti ulteriori approfondimenti diagnostici facendo riferimento all'ambulatorio SC ospedaliero. Se questi non sono necessari, si conferma la diagnosi facendo stratificazione prognostica e pianificando la terapia (MMG).

In condizioni di prima manifestazione o casi cronici con riacutizzazione in corso, l'accesso del paziente alle cure ospedaliere per SC avviene attraverso il pronto soccorso (al quale il paziente può accedere direttamente, su indicazione del MMG, dello specialista, o tramite 118). Segue poi il flusso nell'immagine.



Dal PS si valuta poi se è necessario il ricovero in UTIC, cardiologia e medicina interna o geriatria:

- UTIC: stabilizzazione del paziente, monitoraggio e terapia
- Cardiologia: monitoraggio e terapia, approfondimenti diagnostici
- Medicina interna o Geriatria: monitoraggio e terapia

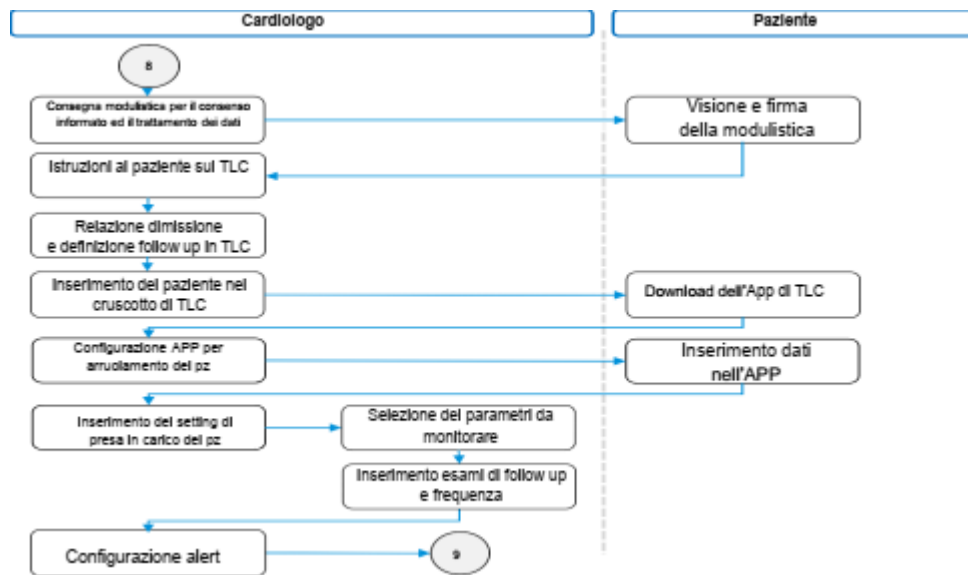
Per quanto riguarda le dimissioni, viene inserito un aspetto innovativo (legato alla disponibilità di infrastrutture tecnologiche che lo consentono), cioè poter configurare la dimissione del paziente attraverso il telecontrollo e quindi il monitoraggio in remoto. A tal proposito, esistono dei requisiti nazionali per poter attuare la telemedicina; infatti, sono arruolabili in telecontrollo:

- Pazienti con un discreto livello di alfabetizzazione digitale

- Pazienti che sono potenzialmente in grado, in relazione a fattori sociali e di contesto, di utilizzare i dispositivi di monitoraggio

Altrimenti, bisogna definire un piano di cura e dare, quindi, istruzioni al paziente. Bisogna compilare una relazione di dimissione con programma follow up e compilare la lettera di dimissione.

Una volta dimesso, si specificano le condizioni del paziente: se è terminale, se è instabile o refrattario, se necessita riabilitazione ecc. e, sulla base di questo, viene indirizzato in vari setting. Se non è niente di tutto questo, viene indirizzato di nuovo al MMG.



Per quanto riguarda il monitoraggio da remoto, gli attori coinvolti sono il cardiologo ospedaliero e il paziente e la configurazione del percorso è rappresentata nell'immagine.

PRESA IN CARICO

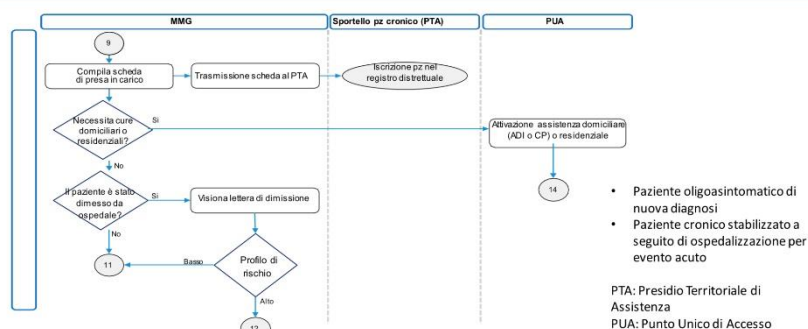
La presa in carico è il processo di natura gestionale finalizzato ad assicurare la continuità delle cure del paziente nel setting appropriato con il percorso appropriato (ovvero rispondente al profilo clinico del paziente) da definirsi al momento della diagnosi o della rivalutazione. La presa in carico riguarda generalmente due categorie di pazienti:

- Paziente oligoasintomatico di nuova diagnosi
- Paziente cronico stabilizzato a seguito di ospedalizzazione per evento acuto

Nel caso in cui vi siano distretti sanitari organizzati con la disponibilità di strutture sanitarie come le cosiddette “case della Salute” occorre registrare formalmente il paziente che verrà preso in carico nel registro dei pazienti cronici, attraverso il cosiddetto **Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)**. Nel caso in cui si voglia integrare, insieme all’assistenza ospedaliera, anche l’assistenza domiciliare (ADI), è necessario inoltrare la richiesta al cosiddetto **Punto Unico di Accesso (PUA)**. In tutti gli altri casi, come ad esempio quello di dimissione ospedaliera, occorre fare riferimento a quanto disposto dalla lettera di dimissione.

In questa immagine si vede lo schema logico della presa in carico del paziente. Si parte sempre dal MMG che compila la scheda di presa in carico: se il paziente necessita di cure domiciliari o residenziali affida il paziente al PUA, altrimenti, se il paziente è stato dimesso dall'ospedale, il MMG visiona la lettera di dimissione del paziente e valuta il profilo di rischio.

Presa in carico



TERAPIA E FOLLOW UP

All'interno della presa in carico di un paziente, la fase che gioca un ruolo fondamentale nella gestione del paziente è quella della terapia e del follow up del paziente. Questa fase di terapia e follow up è articolata facendo riferimento a sei tipologie di paziente:

- *Paziente a basso rischio di ri-ospedalizzazione*
- *Paziente ad alto rischio di ri-ospedalizzazione*
- *Paziente instabili*
- *Paziente seguito con monitoraggio in remoto*
- *Paziente in ADI*
- *Paziente in Residenza Strutturale Assistenziale (RSA)*

Il programma delle attività di follow up da svolgere soprattutto a livello ospedaliero per tenere sempre sotto controllo l'evoluzione delle condizioni del paziente, soprattutto in un contesto post-ospedaliero, deve soddisfare alcuni specifici requisiti:

- Accurata stratificazione prognostica alla dimissione, con l'identificazione del profilo di rischio del singolo paziente, basato sul decorso intraospedaliero e sulla valutazione, di tipo multi-parametrica, dei fattori maggiormente predittivi di eventi a distanza
- Gestione multi-specialistica della cura/progressione delle eventuali comorbidità
- Controllo precoce di follow up con visita con visita entro 10-30 giorni dalla dimissione secondo il profilo di severità del paziente

In base all'identificazione del paziente sulla classe NYHA vi sono le due fasi del follow up che sono differenti tra classi. Tuttavia, l'aspetto comune è che nella prima fase del follow up vi è sempre una gestione a livello ambulatorio, mentre nella seconda fase vi è sempre una gestione a livello del MMG e del cardiologo del territorio.

Classe NYHA	Prima fase follow up – ambulatorio SC	Seconda fase follow up – MMG e cardiologo territorio
Classe NYHA I	✓ Controllo clinico ogni 3 mesi ✓ Rivalutazione strumentale completa (ergospirometria, ecocardiogramma) a 6 e 12 mesi dal ricovero o dall'ingresso nel programma ambulatoriale	✓ Controllo del MMG ogni 12 mesi con esami ematici (emocromo - funzionalità renale - elettroliti) ✓ Controllo del MMG ogni 6 mesi con esami ematici
Classe NYHA II	✓ Follow up strumentale differenziato per sottogruppi a rischio ✓ Dopo il primo anno se il paziente è stabile rivalutazione semestrale (clinica+BNP e/o strumentale) sulla base del tipo di disfunzione (controlli successivi MMG)	✓ Visita Cardiologica ogni 12 mesi (e comunque a discrezione del medico curante) ✓ Incontri di educazione sanitaria presso ambulatorio MMG e/o infermieristico del territorio
Classe NYHA III	✓ Controllo clinico mensile ✓ Rivalutazione strumentale completa (ergospirometria, ecocardiogramma) a 6 e 12 mesi dal ricovero o dall'ingresso nel programma ambulatoriale se stabilità clinica ✓ Follow up strumentale differenziato per sottogruppi a rischio ✓ Dopo il primo anno se il paziente è stabile rivalutazione tri-semestrale (clinica+BNP e/o strumentale) sulla base del tipo di disfunzione, in collaborazione con MMG	✓ Controllo del MMG e/o cardiologo CAD/ dell'IP (territorio/MMG) ogni 1-2 mesi ✓ Visita Cardiologica ogni 6 mesi (e comunque a discrezione del medico curante)
Classe NYHA IV	✓ Per i pazienti in NYHA IV i controlli sono lasciati al giudizio dell'equipe assistenziale in base alle necessità emergenti	✓ Controllo del MMG dell'IP/Cardiologo CAD ogni 1-2 settimane

CALCOLO DEL RISCHIO DI RI-OSPEDALIZZAZIONE DEL PAZIENTE

I pazienti con scompenso cardiaco, anche se asintomatici e stabili, richiedono un attento follow up che permetta una continua ottimizzazione della terapia e consenta di identificare una progressione della patologia cardiaca sottostante e di gestire le eventuali comorbidità. Il follow up del paziente con SC, in termini di presa in carico e tempistica di rivalutazione, dipende da una iniziale stratificazione del profilo di rischio determinata a seguito della stabilizzazione clinica.

Nel PDTA vengono considerati 6 criteri per identificare il rischio di ri-ospedalizzazione del paziente al momento della dimissione, a ciascuno dei quali viene attribuito un punteggio specifico. Essi vengono considerati nella compilazione della lettera di

Criteri	Valore	Punteggio
BNP	< 250 pgr/ml	1
	250 pgr/ml <BNP< 500pgr/ml	2
	>500 pgr/ml	3
Nuovi ricoveri per scompenso cardiaco negli ultimi 6 mesi	Nessun ricovero per scompenso cardiaco	1
	1 ricovero per scompenso cardiaco	2
	>1 ricovero per scompenso cardiaco	3
Classe NYHA	NYHA II	1
	NYHA III	2
	NYHA III / IV	3
Frazione d'eiezione	FE> 40%	1
	30%< FE <40%	2
	FE< 30%	3
Funzionalità renale (clerence creatinina Formula Cockcroft)	CrCl > 60 ml/min	1
	30 ml/min <CrCl< 60 ml/min	2
	CrCl< 30 ml/min	3
Comorbidità	Ipertensione	1
	BPCO	1
	Diabete	1
	Anemia	1
	FA	1

dimissione ospedaliera per i pazienti dimessi con diagnosi di SC e indicano al paziente il successivo percorso di follow up che deve seguire. Questi criteri sono: BNP, nuovi ricoveri per SC negli ultimi 6 mesi, classe NYHA, frazione d'eiezione, funzionalità renale e comorbidità.

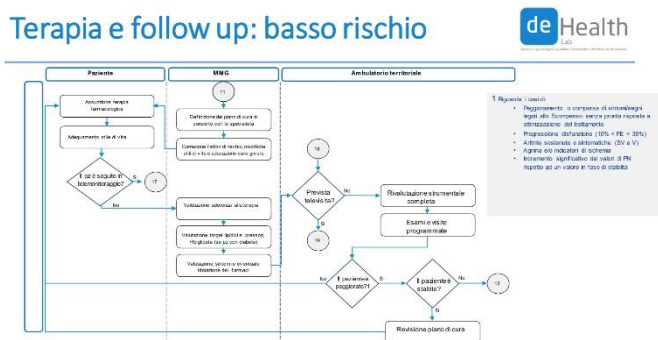
Sulla base di questi criteri, viene definito un algoritmo che, sulla base di alcuni parametri su cui si basano i criteri, assegna un punteggio che varia da 1 a 3 per ciascun criterio considerato. Una volta assegnato il punteggio a ciascuno dei sei criteri, si vanno a sommare i punteggi ottenendo un punteggio finale, che va a inserire il paziente in una delle due classi che si vanno a considerare:

- **Paziente a basso rischio:** punteggio <15
- **Paziente ad alto rischio:** punteggio >15

Terapia e follow up per il paziente a basso rischio di ri-ospedalizzazione

Il programma di follow up prevede una visita cardiologica ed un ECG presso l'ambulatorio del territorio a un mese dalla data di dimissione; se il paziente risulta stabile, i controlli successivi verranno programmati ogni sei mesi. A cura del MMG, si suggerisce di eseguire la visita ad un mese dalla data di dimissione, a sei mesi ed in base alla necessità clinica per valutare l'aderenza alla terapia, eventuale titolazione dei farmaci, valutazione dei target lipidici e pressori, target di Hb glicata nei diabetici e valutazione dei sintomi. Gli esami previsti da follow up sono: emocromo, glicemia, profilo lipidico, creatinina, elettroliti, VFG, Hb glicata, CPK, AST, ALT; è consigliabile che questi ultimi vengano eseguiti ad un mese dalla dimissione, a sei, a dodici ed in base alla necessità clinica.

In questa immagine si vede lo schema di gestione del follow up del paziente a basso rischio, in cui sono coinvolti, oltre al paziente stesso, anche il MMG e l'ambulatorio territoriale.

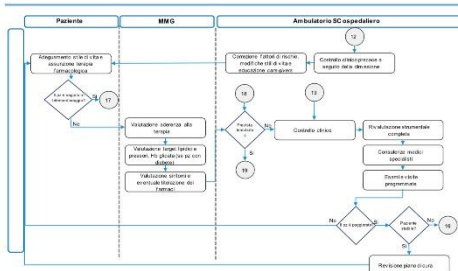


Terapia e follow up per il paziente ad alto rischio di ri-ospedalizzazione

Il programma di follow up prevede un controllo precoce presso l'ambulatorio dello scompenso ospedaliero entro una o due settimane dalla data di dimissione. A cura del MMG, si suggerisce di eseguire la visita ad un mese dalla data di dimissione, a sei mesi ed in base alla necessità clinica per valutare l'aderenza alla terapia, eventuale titolazione dei farmaci, valutazione dei target lipidici e pressori, target di Hb glicata nei diabetici e valutazione dei sintomi. Gli esami previsti da follow up sono: emocromo, glicemia, profilo lipidico, creatinina, elettroliti, VFG, Hb glicata, CPK, AST, ALT; è consigliabile che questi ultimi vengano eseguiti ad un mese dalla dimissione, a sei, a dodici ed in base alla necessità clinica.

In questa immagine si può vedere lo schema di gestione del follow up del paziente ad alto rischio, in cui gli attori coinvolti sono sempre gli stessi del paziente a basso rischio.

Terapia e follow up: alto rischio



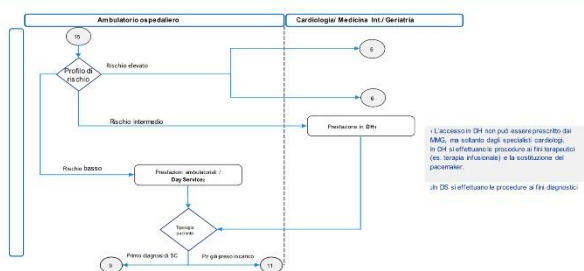
Terapia e follow up per il paziente instabile

Per quanto riguarda i pazienti instabili, in cui vi sono segni e sintomi specifici di non stabilità, vengono identificati tre profili di rischio: basso, medio e alto. Questi tre profili della classe dei pazienti instabili vengono identificati sulla base di criteri specificatamente definiti:

- **Basso rischio:** condizione caratterizzata dal basso rischio di eventi nei successivi 18 mesi. La prestazione sanitaria da erogare per questi pazienti riguarda prestazioni in Day Service.
- **Medio rischio:** condizione caratterizzata dall'aumento del rischio di eventi di due volte rispetto a quelli a basso rischio. La prestazione sanitaria da erogare per questi pazienti riguarda il ricovero in day Hospital.
- **Alto rischio:** condizione caratterizzata dall'aumento del rischio di eventi 7 volte rispetto a quelli di basso rischio. La prestazione sanitaria da erogare per questi pazienti riguarda il ricovero ordinario in reparto.

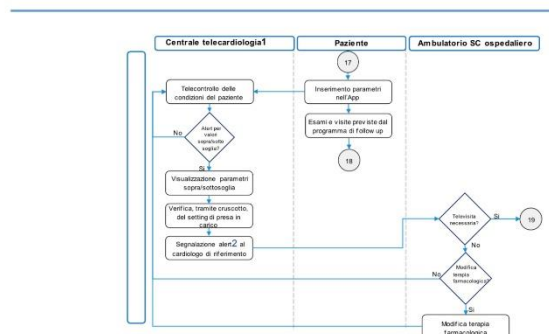
In questa immagine è presente il grafico della gestione del follow up del paziente instabile, in cui si può vedere come gli attori coinvolti siano l'ambulatorio ospedaliero e il reparto, che può essere di cardiologia, medicina interna o geriatria.

Terapia e follow up: profilo di rischio paziente instabile



Terapia e follow up per il paziente in monitoraggio remoto

La pianificazione del monitoraggio in remoto permette di gestire il paziente a distanza. Questo viene effettuato per quei pazienti che hanno un device impiantato (che misura una serie di parametri che possono essere acquisiti da computer che si trovano lontani dai device stessi) e per quei pazienti arruolati dal cardiologo dell'ospedale per un monitoraggio in remoto dei parametri vitali. La centrale di telecardiologia prevede un ambulatorio con tecnici di fisiopatologia che monitorano tutti i pazienti arruolati dai cardiologi ospedalieri. La gestione degli alert prevede che il tecnico di fisiopatologia cardiologica segnali il paziente al medico che ha in carico l'assistito in quel determinato momento del percorso.

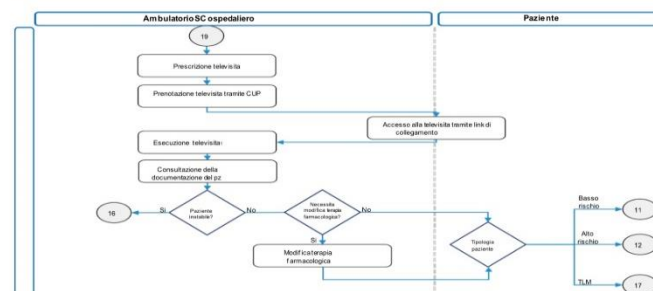


Terapia e follow up – pazienti seguiti in monitoraggio in remoto

Terapia e follow up per il paziente in televisita

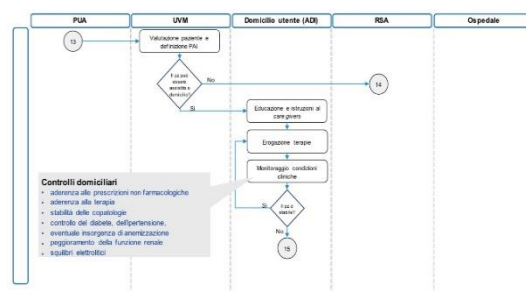
È possibile, se le condizioni tecnologiche lo permettono, sempre per i pazienti arruolati dal cardiologo dell'ospedale, la cosiddetta **televisita**, ovvero viene effettuata la visita medica a distanza. Sono erogabili in televisita le prestazioni che non richiedono completezza dell'esame obiettivo del paziente.

Terapia e follow up: televisita



Terapia e follow up per il paziente in ADI

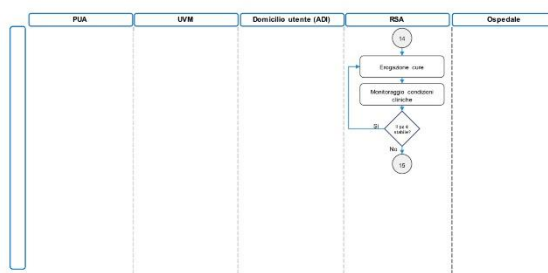
Per quanto riguarda la gestione del paziente in ADI, come si vede dall'immagine, si prevede la valutazione del paziente da parte dell'**UVM (Unità di Valutazione Multimensionale)**, che verifica se il paziente è eleggibile per un regime di ADI. Se il paziente non è eleggibile, allora il follow up sarà gestito dalle RSA, mentre se è eleggibile viene attivata l'assistenza domiciliare, in cui vi sono dei controlli e delle attività terapeutiche specifiche erogate da un team di operatori sanitari deputati alla gestione di questo tipo di pazienti.



Terapia e follow up – paziente in ADI

Terapia e follow up per il paziente in RSA

Questo tipo di gestione viene garantita per quei pazienti che si mantengono in condizioni stabili per scompenso cardiaco, e prevede l'erogazione delle cure per il paziente e il monitoraggio delle sue condizioni. Se il paziente esce dalla fase di stabilità in cui esso si trova, allora egli verrà poi gestito dall'ambulatorio ospedaliero.



Terapia e follow up – paziente in RSA