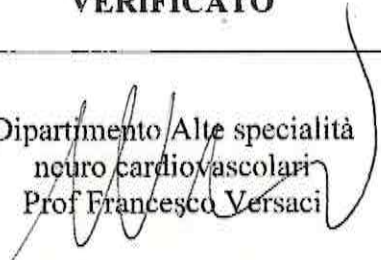
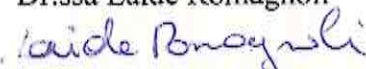
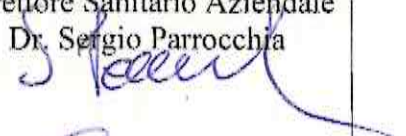
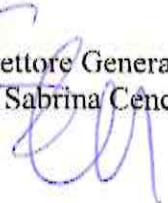


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		08-07-2026

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON
SCOMPENSO CARDIACO**
Aggiornamento e Integrazione

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
UOC UTIC, emodinamica e cardiologia DEA II Dr.ssa Rita Di Rosa 	Dipartimento Alte specialità neuro cardiovascolari Prof Francesco Versaci  UOC Programmazione Controllo e Governo Clinico Dr.ssa Laide Romagnoli  UOC Rischio Clinico Dr.ssa Azzurra Rizzo 	Direttore Sanitario Aziendale Dr. Sergio Parrocchia  Direttore Generale Dott.ssa Sabrina Cenciarelli 

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale X	Dipartimento	Presidio/ Distretto	Unità Operativa
------------------------	----------------	--------------	------------------------	-----------------

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

Gruppo di lavoro

Prof. Francesco Versaci
 (UOC Cardiologia/UTIC ed Emodinamica Ospedale S. M. Goretti)
 Dott.ssa Rita Di Rosa
 (UOC Cardiologia/UTIC ed Emodinamica Ospedale S. M. Goretti)
 Dott. Luigi Spadafora
 (UOC Cardiologia/UTIC ed Emodinamica Ospedale S. M. Goretti)
 Dott. Giovanni Signore
 (UOC Cardiologia/UTIC ed Emodinamica Ospedale S. M. Goretti)
 Dott.ssa Valentina Brusca
 (UOC Cardiologia/UTIC ed Emodinamica Ospedale S. M. Goretti)
 Dott.ssa Emanuela Viazzo
 (UOC Cardiologia/UTIC ed Emodinamica Ospedale S. M. Goretti)
 Dott.ssa Francesca Romana De Angelis
 (Responsabile Are transizione setting assistenziali – Distretto 2)
 Dott.ssa Teresa Lorena De Angelis
 UOC Professioni sanitarie Dipartimenti non ospedalieri)
 Dott.ssa Silvia Iacovacci
 (Responsabile Area Prevenzione e promozione della salute - UOSD Coordinamento PAP, promozione salute, PAE, one health, attività fisica)
 Dott.ssa Assunta Lombardi
 (UOC Sviluppo Organizzativo, formazione e bilancio sociale)
 Dott.ssa Marilisa Coluzzi
 (UOC Sviluppo Organizzativo, formazione e bilancio sociale)
 Dott.ssa Roberta De Grandis
 (UOSD Comunicazione e relazioni con il pubblico)
 Dott. Simone Furfaro
 (UOC Programmazione controllo e governo clinico)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
--	---	--

Sommario

1. PREMESSA	4
2. VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE.....	4
3. OBIETTIVI	9
4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI.....	10
5 LA RETE CLINICA INTEGRATA PER LO SCOMPENSO CARDIACO.....	10
6 FORMAZIONE E DIFFUSIONE.....	19
7 MONITORAGGIO	20

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso cardiaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

1. PREMESSA

La Regione Lazio, con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 643 del 26 luglio 2022 e s.m.i. recante *“Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77”*, ha adottato il provvedimento generale di programmazione dell’assistenza territoriale previsto dall’art. 1, comma 2 del Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77 ad oggetto *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*¹.

L’adozione di tale decreto, in concomitanza con la progressiva attivazione delle strutture e degli strumenti finanziati nell’ambito della Missione 6 *“Salute”* Componente 1 *“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”* del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) evidenzia la necessità per l’ASL di Latina di aggiornare i propri percorsi.

Tale necessità, inoltre, risulta maggiormente coerente con il contesto demografico in cambiamento. Si assiste, infatti, ad un progressivo invecchiamento della popolazione residente, con il conseguente aumento della prevalenza di malattie croniche. Le persone che hanno più di una patologia cronica, anche se all’insorgenza possono non presentare particolari complicanze, richiedono sempre più un’assistenza multidisciplinare integrata. Tale tipologia di pazienti, inoltre, ha un maggiore rischio di sperimentare esiti negativi (ad es. hanno una elevata mortalità; buone possibilità di essere non autosufficienti o disabili; una ridotta qualità di vita; ecc.), oltre ad essere la categoria più rilevante in termini di consumo di risorse. Per garantire un’assistenza di qualità e sostenibile alle persone multicroniche, il percorso assistenziale deve essere basato sull’integrazione tra le diverse figure professionali presenti nei diversi servizi aziendali sia di carattere sanitario, sia sociosanitario, che sociale, al fine di coordinare gli interventi, valorizzare le competenze specifiche e ottimizzarne le risorse.

La decisione di revisione del PDTA nasce anche dall’esigenza di allineamento ai sistemi di classificazione dello scompenso, di diagnosi e terapia in continuo aggiornamento.

L’obiettivo del presente documento, pertanto, è quello di definire il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione delle persone affette da scompenso cardiaco (SC) nella Asl di Latina.

2. VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

L’implementazione di percorsi integrati centrati sui bisogni assistenziali del paziente rappresenta una grande potenzialità per migliorare la qualità delle cure. La vera sfida di un percorso assistenziale è quella di riuscire a fornire indicazioni chiare ai professionisti sanitari sulle modalità di attivazione degli interventi necessari, salvaguardandone la tempestività e l’appropriatezza attraverso la condivisione di criteri clinici e sociali che ne definiscano il grado di complessità di cui il sistema si deve fare carico.

Nel corso della malattia, infatti, l’assistito può avere necessità sia di ricoveri ospedalieri (anche non strettamente legati alla patologia cronica da cui è affetto), sia interventi sanitari e sociosanitari territoriali,

¹ GURI Serie Generale n.144 del 22-06-2022;

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	---	--

soprattutto quando il progredire della patologia e/o l'aggravarsi di altre possibili comorbidità lo renderanno fragile e/o non più autosufficiente.

Secondo i dati di Open Salute Lazio², lo SC risulta essere una delle patologie più frequenti nella ASL di Latina e affligge circa 9.000 persone (16 residenti ogni 1.000 abitanti), con una diversa distribuzione nei singoli distretti.

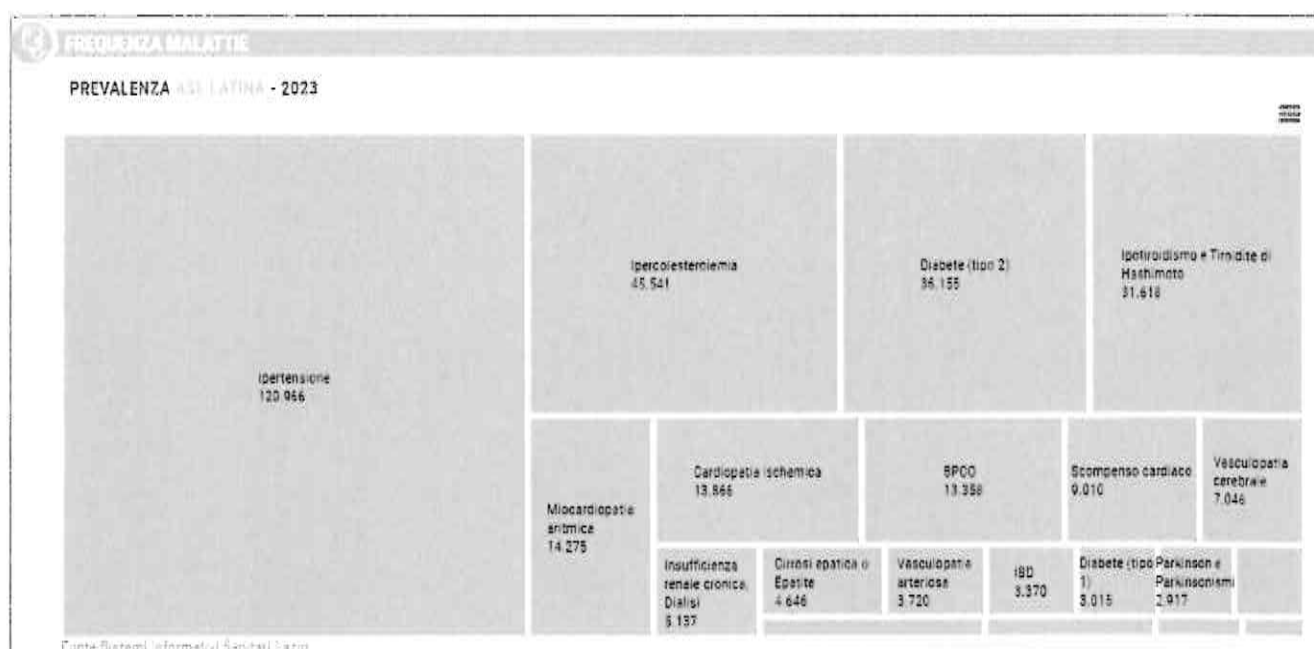


Figura 1

² Fonte: https://www.opensalutelazio.it/salute/stato_salute.php?stato_salute dati 2023;

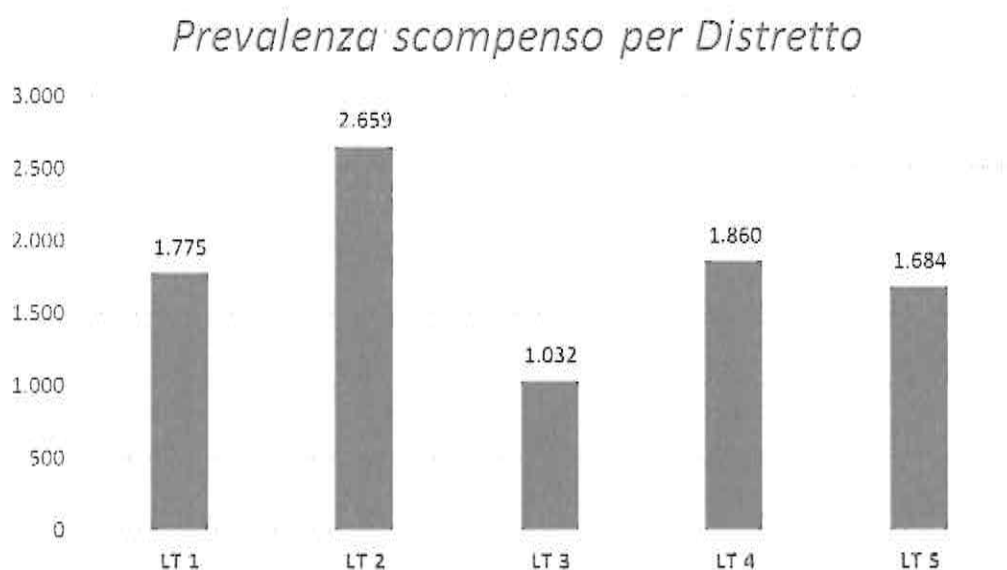


Figura 2

Si riporta di seguito una tabella di sintesi dei pattern di multicronicità più frequenti nei pazienti con tre patologie croniche nella ASL di Latina.

CARDIOPATIA ISCHEMICA	MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	DIABETE MELLITO TIPO 2
SCOMPENSO CARDIACO	BPCO	DIABETE MELLITO TIPO 2
DIABETE MELLITO TIPO 2	NEOPLASIA REMISSIONE	IPOTIROIDISMO
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	DIABETE MELLITO TIPO 2	IPOTIROIDISMO
CARDIOPATIA ISCHEMICA	MIOCARDIOPATIA ARITMICA	DIABETE MELLITO TIPO 2
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	SCOMPENSO CARDIACO	BPCO
DIABETE MELLITO TIPO 2	NEOPLASIA FOLLOW-UP	IPOTIROIDISMO
SCOMPENSO CARDIACO	DIABETE MELLITO TIPO 2	IPOTIROIDISMO

Figura 3

Si riporta di seguito una caratterizzazione della popolazione della ASL di Latina in funzione del bisogno assistenziale (Popolazione sana, cronici, multicronici a medio-bassa e ad alta complessità clinica) elaborata dal Dipartimento di Epidemiologia del servizio sanitario regionale – Regione Lazio (Dep-Lazio) nel documento “*Stima dei bisogni assistenziali per la programmazione e la presa in carico ASL di Latina*”³.

³ Fonte dati al 01/01/2021

 SUL TERRITORIO DELL'ASL LATINA ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

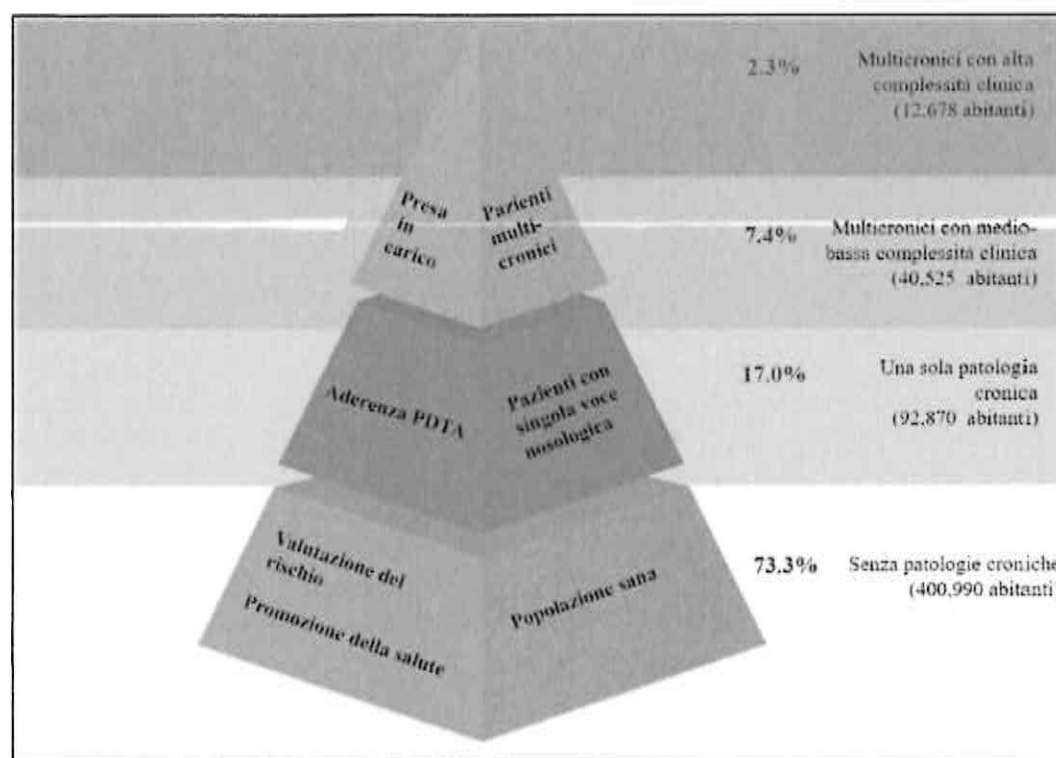


Figura 4

Si riportano di seguito il numero di persone croniche o multicroniche stimate per singolo distretto⁴.

⁴ Popolazione residente; Fonte Istat 2025;

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

Popolazione cronica

Distretto	Cronici	Popolazione Totale	%
LT 1	32.067	122.392	26,2
LT 2	46.068	175.833	26,2
LT 3	15.806	55.461	28,5
LT 4	28.410	108.434	26,2
LT 5	28.961	104.551	27,7
Totale	151.301	566.671	26,7

Tabella 1

Popolazione multicronica (2 o più patologie)

Distretto	Multicronici	Popolazione Totale	%
LT 1	11.505	122.392	9,4
LT 2	16.880	175.833	9,6
LT 3	5.934	55.461	10,7
LT 4	10.410	108.434	9,6
LT 5	10.455	104.551	10
Totale	54.967	566.671	9,7

Tabella 2

Popolazione multicronica ad alta complessità clinica

Distretto	Multicronici ad alta complessità	Popolazione Totale	%
LT 1	2.815	122.392	2,3
LT 2	4.044	175.833	2,3
LT 3	1.387	55.461	2,5
LT 4	2.602	108.434	2,4
LT 5	2.300	104.551	2,2
Totale	13.033	566.671	2,3

Tabella 3

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

3. OBIETTIVI

- ✓ Intercettare precocemente i pazienti a rischio di SC e confermare la diagnosi;
- ✓ Garantire e migliorare il modello di presa in carico rendendolo proattivo e omogeneo sul territorio, anche al fine di ottimizzare interventi e prestazioni, ridurre le liste d'attesa e il numero di accessi impropri al PS, nonché il numero dei ricoveri evitabili;
- ✓ Personalizzare il trattamento sulla base dello stato della patologia, delle eventuali comorbidità, nonché sulla base delle preferenze, delle eventuali fragilità e capacità dell'assistito e della sua rete familiare e sociale;
- ✓ Realizzare dei team di assistenza multiprofessionali e multidisciplinari per garantire interventi integrati
- ✓ Rendere operativo il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale definito nel DM 77/2022 e dal PNRR
- ✓ Allineare il PDTA alla luce dei nuovi criteri ed evidenze di classificazione, diagnosi e cura dei pazienti

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diao nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Quanto previsto nel presente documento si applica a tutte le persone assistibili afferenti alla ASL di Latina (circa 542.000 utenti⁵) e a tutti i professionisti che, a vario titolo, operano all'interno del SSR nell'area territoriale di competenza dell'ASL di Latina.

5 LA RETE CLINICA INTEGRATA PER LO SCOMPENSO CARDIACO

Il PDTA consiste in un processo dinamico che garantisce, lungo tutto il percorso della patologia, l'individuazione del professionista di riferimento più adeguato alla gestione del caso specifico (c.d. Case Manager) e del setting assistenziale più appropriato per la tipologia di intervento, nonché dell'individuazione puntuale degli altri professionisti della salute che andranno comporre il team di cura e assistenza e le loro modalità di ingaggio. Le patologie croniche, infatti, presentano nel corso della vita dell'assistito diverse fasi e livelli di complessità clinica e assistenziale che coinvolgono molteplici figure professionali e disciplinari, nonché possono richiedere interventi erogati da servizi differenti e in diversi setting assistenziali. Nel corso della malattia l'assistito potrebbe avere necessità, sia di ricoveri ospedalieri (anche non strettamente legati allo SC), sia di interventi sanitari e sociosanitari territoriali, soprattutto quando il progredire della patologia e/o l'aggravarsi di altre possibili comorbidità lo renderanno fragile e/o non più autosufficiente.

5.1 La rete di assistenza

Ambulatori	Reparti di ricovero
DISTRETTO 1 – CORI, CISTERNA, APRILIA	
DISTRETTO 2 - B.GO SABOTINO, LATINA; SABAUDIA	
DISTRETTO 3 – SEZZE, PRIVerno	
DISTRETTO 4 – FONDI, TERRACINA	
DISTRETTO 5 – GAETA, MINTURNO, SS. COSMA E DAMIANO	
DISTRETTO 5 – PONZA E VENTOTENE	
OSPEDALE FONDI	
OSPEDALE TERRACINA	
OSPEDALE FORMIA	OSPEDALE FORMIA
OSPEDALE LATINA	OSPEDALE LATINA

Tabella 4

⁵ Fonte: FLS 11 – 2025;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01 Data

All'interno del presidio ospedaliero di Latina, inoltre, sono attivi gli ambulatori dedicati alle cardiomiopatie e ai pazienti cardio-oncologici (per i dettagli si rinvia all'Allegato 1).

5.2 Telemedicina

E' opportuno segnalare, infine, le nuove opportunità derivanti dall'utilizzo della telemedicina, teleassistenza territoriale e telemonitoraggio cardiologico specialistico nel paziente con scompenso cardiaco che hanno permesso anche di garantire una migliore accessibilità alle cure per i residenti delle della Provincia e delle isole in particolare.

Per telemedicina si intende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a distanza mediante strumenti digitali, quali televisita, teleconsulto, teleassistenza e trasmissione di parametri clinici o documentazione sanitaria, finalizzate a favorire prossimità, continuità assistenziale e integrazione tra ospedale e territorio. Per teleassistenza territoriale si intende il supporto a distanza al paziente fragile o in assistenza domiciliare, con rilevazione e condivisione di parametri clinici, sintomi e bisogni assistenziali, in raccordo con MMG, COT, CAD/ADI, specialistica territoriale e servizi domiciliari. Tale attività è orientata soprattutto al monitoraggio clinico-assistenziale del paziente stabile o a rischio di instabilizzazione.

Per telemonitoraggio cardiologico specialistico si intende invece l'attività strutturata di sorveglianza remota di dati clinici e/o dati provenienti da dispositivi cardiaci impiantabili.

L'argomento è trattato in dettaglio nell'allegato 3

5.3 Prospettive di sviluppo della rete

Nelle prospettive rientra l'attivazione progressiva di ambulatori territoriali dedicati allo scompenso cardiaco presso le Case della Comunità e gli snodi assistenziali aziendali. Tali ambulatori potranno supportare il follow-up dei pazienti stabili, la rivalutazione precoce dopo dimissione, la titolazione terapeutica, il monitoraggio clinico-laboratoristico e l'educazione del paziente e del caregiver, in stretta integrazione con MMG, COT, ADI, specialistica cardiologica e centro ospedaliero.

Questo modello consentirà di rafforzare la continuità ospedale-territorio, ridurre gli accessi impropri in pronto soccorso, intercettare precocemente le instabilizzazioni e garantire una presa in carico più vicina al domicilio del paziente. L'ospedale manterrà il ruolo di riferimento per i pazienti complessi, instabili o candidabili a percorsi specialistici avanzati, mentre gli ambulatori territoriali potranno rappresentare il nodo principale per la gestione programmata della cronicità e la prevenzione delle riospedalizzazioni.

5.4 Accesso dei soggetti a Rischio al percorso di prevenzione

I MMG, nell'ambito delle loro attività ordinarie, contribuiscono a identificare i soggetti a rischio di SC garantiscono interventi di prevenzione e promozione della salute per i loro assistiti.

Effettuano una valutazione dei fattori di rischio che sono alla base dello sviluppo di malattie croniche e se necessario possono inviare i pazienti all'ambulatorio di pertinenza geografica dell'Equipe della Prevenzione (EdP).

I soggetti da ritenere maggiormente a rischio sono quelli che presentano le condizioni indicate nella seguente tabella.

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

Area di rischio	Condizioni principali
Rischio cardio-reno-metabolico	Ipertensione arteriosa, soprattutto se non controllata o associata a danno d'organo; diabete mellito tipo 2; malattia renale cronica o albuminuria; obesità; sindrome metabolica; dislipidemia; sedentarietà; fumo; abuso di alcol
Cardiopatía nota o subclinica	Pregressa sindrome coronarica acuta; cardiopatía ischemica cronica; fibrillazione atriale; malattia valvolare almeno moderata o significativa; ipertrofia ventricolare sinistra; dilatazione o disfunzione ventricolare sinistra asintomatica; incremento dei peptidi natriuretici o alterazioni ECG suggestive
Rischio specifico o specialistico	Familiarità per cardiomiopatía o morte improvvisa; sospetta cardiomiopatía; pregressa esposizione o esposizione programmata a terapie oncologiche potenzialmente cardiotossiche; radioterapia toracica o mediastinica; condizioni sistemiche associate a possibile interessamento cardiaco
Complessità clinico-Assistenziale	Multimorbidità, fragilità clinica, frequenti accessi non programmati, polifarmacoterapia, difficoltà di aderenza terapeutica, isolamento sociale o difficoltà di accesso ai servizi

Tabella 5

Per le citate tipologie di soggetti è di fondamentale importanza fornire indicazioni per ridurre il rischio di evoluzione della malattia, prima tra tutte l'educazione sanitaria per la cessazione dell'abitudine al fumo e per incoraggiare uno stile di vita sano (educazione alimentare, corretta attività fisica, ecc.).

Si segnala, inoltre, l'importanza di promuovere e facilitare l'accesso alle vaccinazioni quali:

- la vaccinazione antinfluenzale (per la riduzione delle complicanze del virus influenzale);
- La vaccinazione antipneumococcica (per la riduzione delle infezioni del tratto respiratorio inferiore legate allo streptococco pneumoniae).

In questo contesto è opportuno evidenziare il ruolo che possono garantire gli ambulatori della prevenzione e i nuovi modelli organizzativi delle Casa della Comunità (CdC) e Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

Attualmente gli ambulatori di prevenzione attivi sono presso:

- la Casa della Comunità di Aprilia afferente al Distretto 1 (Via Giustiniano snc);
- la Casa della Comunità di Cisterna di Latina afferente al Distretto 1 (Via Adriatico);
- la Casa della Comunità di Piazza Celli afferente al Distretto 2 (Via Cesare Battisti);
- la Casa della Comunità di Sabaudia afferente al Distretto 2 (Via Conte verde).

Nel rinviare l'identificazione degli orari di apertura dei citati ambulatori a quanto indicato dalla Carta dei servizi aziendale o sul sito istituzionale, si rappresenta che la prenotazione potrà essere fatta direttamente dall'assistito chiamando il venerdì dalle ore 10.00 alle 12.00 al n. 0773-6036888 o all'indirizzo e-mail: ambulatorioprevenzione@ausl.latina.it

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

5.5 Accesso al percorso

Il sospetto di diagnosi di SC deve sempre essere confermato dal medico specialista cardiologo.

Nello specifico, il caso sospetto può giungere sia MMG o da altro specialista del territorio, sia su invio da una struttura ospedaliera, anche per il tramite del Pronto Soccorso (PS).

5.5.1 Accesso da MMG o da altro specialista

Il sospetto diagnostico può essere proposto da un MMG o da un altro specialista territoriale sia dopo l'effettuazione di una attività di screening per soggetti a rischio, sia per il riscontro occasionale di una sintomatologia legata alla patologia.

Tutti i pazienti con sospetto diagnostico o con una diagnosi di SC che ancora non sono stati arruolati nel PDTA sono inviati ad effettuare la prima visita cardiologica.

Nello specifico, il medico (MMG o specialista) prescrive, tramite ricetta dematerializzata, una prima visita cardiologica inserendo la classe di priorità.

Il paziente provvede a prenotare la visita richiesta al CUP (I visita/accesso).

5.5.2 Accesso da struttura ospedaliera (da PS o reparto di degenza)

Nel caso in cui il sospetto diagnostico emerga a seguito di un accesso in PS oppure a seguito di un ricovero ospedaliero:

- *È possibile effettuare la consulenza cardiologica: lo specialista cardiologo procederà ad effettuare l'inquadramento del paziente con sospetto SC inserendo il paziente nel PDTA;*
- *Non è possibile eseguire la consulenza cardiologica: il medico ospedaliero prenoterà la prima visita cardiologica sulle agende dedicate all'ambulatorio cardiologico da PS (se medico di PS), oppure prescriverà la prima visita cardiologica (medico di PS o reparto) seguendo il percorso previsto per l'accesso da MMG o altro specialista.*

In ogni caso, nella lettera di dimissione o nel referto di PS devono essere fornite le indicazioni necessarie al paziente e al MMG per poter proseguire l'iter diagnostico o di follow-up necessario

5.5.3 Primo accesso ambulatorio specialistico

Il paziente con sospetto diagnostico o diagnosticato non in carico e che ancora non ha effettuato una visita specialistica deve effettuare il primo accesso all'ambulatorio di competenza geografica dove lo specialista cardiologo provvede a:

- ✓ *confermare o meno la diagnosi;*
- ✓ *rilasciare certificazione ai fini dell'esenzione per patologia;*
- ✓ *effettuare la stadiazione del caso;*
- ✓ *formulare piano terapeutico per il trattamento della malattia;*
- ✓ *pianificare le successive visite e/o accertamenti da effettuare provvedendo alla prescrizione e prenotazione attraverso percorsi interni su agende dedicate al PDTA. Le prenotazioni saranno effettuate dal medico specialista o da personale abilitato, in agende dedicate del PDTA (visibili al RECUP ma prenotabili solo da personale individuato dalla ASL); **le visite e accertamenti successivi devono essere prescritte come ALTRO (controllo successivo) non devono essere***

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

assolutamente prenotate come l'accesso (non sono l'accesso con classe priorità programmata P)

- ✓ *inserire, laddove necessario, il paziente ed eventualmente il caregiver, in un programma di educazione terapeutica, la fine di renderlo più consapevole degli effetti della patologia e degli elementi che ne rallentano il declino funzionale (Educazione alimentare, Educazione all'esercizio fisico/disassuefazione del fumo, Modalità di somministrazione farmaci, etc).*

5.6 Gestione del paziente con SC (follow-up)

Dopo la prima visita il paziente viene quindi avviato al percorso di presa in carico secondo il profilo assegnato.

Nel rinviare all'Allegato1 del presente documento per gli elementi clinici di dettaglio, si evidenzia che ogni paziente con SC è inquadrato all'interno del percorso sulla base di:

- fenotipo in base alla frazione di eiezione (HFrEF, HFmrEF o HFpEF);
- classe funzionale New York Heart Association (NYHA);
- fase clinica: rischio/preclinica, cronico stabile, acuto/riacutizzato, avanzato;
- eziologia nota o sospetta;
- presenza di congestione e necessità di trattamento diuretico;
- principali comorbidità cardiovascolari e non cardiovascolari;
- necessità di follow-up specialistico, telemonitoraggio, presa in carico territoriale, ambulatori dedicati o valutazione multidisciplinare.

Questa impostazione permette di superare una classificazione puramente descrittiva e di collegare direttamente l'inquadramento clinico alle scelte organizzative effettuate (accesso al percorso, intensità del follow-up, setting assistenziale, indicazione al telemonitoraggio, invio agli ambulatori specialistici dedicati e ottimizzazione della terapia secondo le raccomandazioni vigenti).

Si riporta di seguito una tabella di sintesi che, per i diversi stadi della patologia, fornisce indicazioni in merito ai principali criteri operativi per l'individuazione degli stadi e i servizi assistenziali di riferimento.

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

<u>Profilo del paziente</u>	<u>Setting prevalente</u>
Paziente a rischio, stabile, senza sintomi di scompenso	MMG, Casa della Comunità, ambulatorio specialistico
Paziente con sospetto scompenso, clinicamente stabile	Valutazione cardiologica programmata, ECG, peptidi natriuretici, ecocardiogramma
Paziente con nuova diagnosi di scompenso o peggioramento recente	Ambulatorio scompenso/cardiologia, definizione fenotipo, avvio o ottimizzazione terapeutica
Paziente con dispnea ingravescente, congestione importante, ipotensione, ipossiemia, dolore toracico, sincope, aritmia significativa o segni di ipoperfusione	Pronto soccorso o valutazione urgente
Paziente dimesso dopo ricovero per scompenso	Visita cardiologica entro 28 giorni, programma di titolazione terapeutica e valutazione per telemonitoraggio
Paziente con cardiomiopatia sospetta, familiarità, fenotipo non chiarito o necessità di imaging avanzato	Ambulatorio cardiomiopatie
Paziente oncologico o ematologico con rischio o tossicità cardiovascolare	Ambulatorio cardio-oncologia
Paziente fragile, non autosufficiente o con bisogni assistenziali complessi	COT, ADI, telemonitoraggio, cure simultanee o cure palliative secondo appropriatezza
Paziente con aritmie clinicamente rilevanti o candidati a impianto di device	Ambulatorio di elettrofisiologia

Tabella 6

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diao nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

5.7 Modalità di transizione tra setting assistenziali diversi

La proposta di setting territoriali è generalmente conseguente a modifiche delle condizioni clinico assistenziali e/o sociosanitarie del paziente e che ne compromettono l'autonomia e/o l'autosufficienza o le cure. In base al setting richiesto si attiveranno procedure diverse con l'intervento di UVMD dedicate.

Le COT De A nelle fasi di cambio setting e transizione dei pazienti, hanno la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali (strutture territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza e con la COT Regionale).

- invio del paziente dal MMG allo specialista di riferimento in caso di necessità
l'MMG attiva l'IFEC del distretto di residenza (email già in uso per il Distretto 2 ed in corso di predisposizione dalle professioni sanitarie per gli altri Distretti), che prenota la visita in agenda CUP dedicata, chiama il paziente per comunicare l'appuntamento
Tutti i processi di cambio setting assistenziale sono già definiti nel modello organizzativo aziendale e rimodulati secondo le indicazioni del DM 77/2022
- attivazione di ricovero ospedaliero: il ricovero può avvenire sia da domicilio (ricovero programmato per prestazioni ospedaliere/stato clinico compromesso) sia da ambulatorio durante la visita (stato clinico compromesso):
 - ricovero per Stato clinico compromesso: il professionista sanitario attiva l'ARES 118 e invia alert telefonico al medico PS o Infermiere di Triage: l'alert telefonico è fondamentale per la tempestiva presa in carico in PS in quanto paziente già inserito nel percorso; il professionista che attiva il ricovero ha inoltre l'obbligo di informare i servizi coinvolti nel percorso di presa in carico del pz dell'evento occorso per la reportistica dei dati e per l'eventuale reinserimento successivo (specialista, IFeC, UCA, MMG e/o Assistente Sociale)
 - ricovero programmato per prestazioni ospedaliere (es. inserimento peg, inserimento PICC, consulenza wound care, altre prestazioni):
il MMG/medico specialista richiede la prestazione ospedaliera compilando il modulo dedicato per l'attivazione della COT-D di residenza;
la COT-D invia la richiesta al TOH Ospedaliero di riferimento o di residenza del paziente;
il TOH attiverà le procedure di accesso alle prestazioni richieste ovvero prenderà contatti con il servizio erogatore della prestazione, concorderà una data per l'effettuazione della stessa, contatterà il PS/OBI per organizzare l'accesso da PS e chiedere un PL in OBI per la data prevista, fornirà alla COT-D l'appuntamento ed altre eventuali informazioni per l'effettuazione della prestazione;
la COT-D informerà via email il MMG ed il paziente/caregiver sull'appuntamento fissato, sulle modalità di accesso in ospedale/PS/OBI, eventuale documentazione o esami richiesti;
il giorno della prestazione il TOH gestirà il processo dall'ingresso in ospedale all'effettuazione della prestazione e informerà la COT-D ed il MMG dell'avvenuta prestazione o delle motivazioni di una eventuale non effettuazione;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

- dimissione da ospedale verso il territorio:

durante il ricovero viene attivato il TOH ospedaliero/UVMO che valuta la proposta, definisce il setting e attiva le COT di riferimento

- paziente stabilizzato ma con necessità di continuare terapia farmacologica o riabilitativa in ambiente protetto: proposta di ingresso in OdC da parte del medico dimettente per il tramite del TOH ospedaliero: sarà la COT-A tramite la lista di attesa centralizzata a reperire il posto letto in OdC a garanzia della continuità assistenziale e dell'equità di accesso;
- paziente con necessità di cambio setting per modifica delle condizioni cliniche: proposta del medico dimettente di inserimento in strutture territoriali residenziali per il tramite del TOH (RSA, Hospice residenziale, riabilitazione territoriale): sarà la COT-A tramite la lista di attesa centralizzata a reperire il posto letto nelle strutture territoriali idonee;
- paziente stabilizzato dimesso a domicilio con attivazione delle cure domiciliari (ADI, Hospice domiciliare, ex articolo 26 domiciliare) su prescrizione del medico dimettente; il TOH attiva direttamente le prestazioni domiciliari richieste tramite la piattaforma informatica dedicata;
- paziente stabilizzato dimesso a domicilio; il TOH comunica alla COT-D di residenza la dimissione del paziente e chiede, qualora necessario, la riattivazione del percorso di presa in carico in sede ambulatoriale o domiciliare in base allo stato di autosufficienza del paziente per proseguimento follow up; il TOH comunica la dimissione anche al MMG.

- attivazione Cure Palliative residenziali e domiciliari

Le richieste iscritte su Piattaforma regionale Transitional Care (ora TC) possono pervenire da domicilio tramite il MMG anche su segnalazione dell'IFeC previo accordo con il MMG e UCA, sia come già visto, da ospedale tramite il TOH alla COT-A che inoltra la stessa all'Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale (ora UVCPA) sempre tramite TC. L'UVCPA effettua la valutazione della richiesta e del paziente con l'utilizzo di diverse scale di valutazione validate, in più la NECPAL strumento idoneo per identificare i pazienti in stato avanzato-terminale che necessitano di cure palliative nell'ambito dei servizi sanitari e sociali. La scala permette di identificare i pazienti con prognosi infausta entro un anno, ivi inclusi i pazienti in condizioni di fine vita. Dopo la valutazione dell'UVCPA il paziente viene inserito in lista di attesa dalla COT-A che provvede a monitorare il flusso degli ingressi nelle strutture Hospice individuate sempre tramite il Transitional Care.

- attivazione RSA residenziale

Le richieste possono pervenire da domicilio tramite il MMG, anche su segnalazione dell'IFeC previo accordo con il MMG e UCA, con richiesta inoltrata al PUA/COT-D, sia, come già visto, da ospedale tramite il TOH alla COT-A. Da entrambi i setting di provenienza le valutazioni del paziente per la definizione del livello assistenziale vengono effettuate dall'UVMD con l'utilizzo della scheda RUG (Resource Utilization Groups). La RUG è uno strumento di valutazione multidimensionale utilizzato principalmente nelle strutture socio-sanitarie, come le RSA, per classificare i pazienti in base al loro carico assistenziale. Elabora i dati clinici, fisici e cognitivi per quantificare il tempo e le risorse necessarie al paziente. È uno strumento disponibile nella piattaforma informatica regionale SIRA (Sistema Informativo Residenzialità Anziani). Una volta

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

definito il livello assistenziale, la richiesta viene inviata alla COT-A che la inserisce in lista di attesa aziendale per ingresso in RSA.

- attivazione CAD/ADI

Le richieste possono pervenire da domicilio tramite il MMG anche su segnalazione dell'IFeC previo accordo con il MMG e UCA, con richiesta inoltrata al PUA/COT-D, sia come già visto, da ospedale tramite il TOH operando su piattaforma informatizzata. Il sistema utilizza diverse schede di valutazione multidimensionale e consente a medici, infermieri, assistenti sociali e fisioterapisti di elaborare e gestire i piani di assistenza domiciliare individuali. Le prestazioni autorizzabili sono di tipo fisioterapico, infermieristico, di monitoraggio clinico e di educazione al caregiver. Una volta valutata la richiesta ed elaborato il PAI individuale, l'UVM-CAD effettua la validazione del PAI ed autorizza l'azienda erogatrice ad eseguire prestazioni domiciliari con contestuale informazione al MMG e alle COT-D.

- attivazione Ospedale di Comunità (OdC)

Le richieste possono pervenire da domicilio tramite il MMG anche su segnalazione dell'IFeC previo accordo con il MMG e UCA con richiesta inoltrata al PUA/COT-D, sia come già visto da ospedale tramite il TOH alla COT-A. Da entrambi i setting di provenienza le valutazioni del paziente per la eleggibilità all'ingresso in OdC vengono effettuate da UVM ove insiste l'OdC. Devono essere compilate obbligatoriamente dalle UVM almeno 4 schede di valutazione: MEWS (Modified Early Warning Score) -IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale) - BIM (Barthel Index Modificata)- Scheda di Triage Sociale. Il paziente può essere ricoverato per proseguire l'iter terapeutico assistenziale in ambiente protetto e/o in attesa di PL in altra struttura territoriale. Il paziente in base agli obiettivi assistenziali raggiunti o alle condizioni clinico assistenziali e sociali presenti, in base alla presenza o meno di rete familiare o sociale, potrà essere dimesso a domicilio o vs altre strutture residenziali di accoglienza.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		Data

6 FORMAZIONE E DIFFUSIONE

La definizione del PDTA attraverso una modalità condivisa con tutti i professionisti è certamente elemento facilitante la diffusione a livello aziendale che va però supportata da ulteriori iniziative. Le modalità per la diffusione vengono svolte in collaborazione con la UOC "Sviluppo organizzativo, formazione e Bilancio sociale" e con la "UOSD Comunicazione e relazioni con il pubblico" che pianifica la condivisione ed il coinvolgimento anche delle Associazioni di Volontariato.

Il PDTA sarà trasmesso ai rappresentanti dei MMG e specialisti convenzionati per eventuali osservazioni che saranno recepite per ulteriore aggiornamento.

Per favorire l'implementazione del PDTA sono previste le seguenti attività:

- eventi formativi ECM rivolti agli operatori sanitari
- diffusione brochure informative
- pubblicazione del PDTA sul sito aziendale
- interventi rivolti alla popolazione, ai pazienti, care giver, familiari e loro associazioni, tra cui la presentazione del PDTA al terzo settore nelle riunioni del Tavolo misto permanente della partecipazione (TMPP).

Di fondamentale importanza è la definizione di un programma di formazione continua, da inserire tra gli aggiornamenti del PIAO – Formazione del personale, volto ad armonizzare in un'unica proposta i bisogni formativi dei professionisti interessati al percorso, fondamentale nel caso di malattie croniche in cui è necessario:

- supportare lo sviluppo della funzione di prossimità su tutto il territorio aziendale con lo sviluppo di temi quali la medicina d'iniziativa;
- facilitare la continuità assistenziale
- assicurare l'appropriatezza diagnostico terapeutica e omogeneità delle cure sulla base degli aggiornamenti scientifici e normativi più recenti;
- incentivare la crescita professionale e delle competenze dei professionisti coinvolti
- sviluppare le competenze specifiche previste per la figura di Referente del PDTA.

In particolare, per quest'ultima figura di Referente/ coordinatore PDTA andranno previsti specifici interventi formativi a supporto di competenze tecnico-professionali e responsabilità da agire nelle diverse fasi del percorso assistenziale di continuità, compresa la gestione e monitoraggio della performance del PDTA, attraverso KPI di processo e impatto. Tra le competenze da possedere o sviluppare sono previste oltre a quelle clinico-terapeutiche, le soft skill di tipo relazionale, anche per la costruzione della rete con MMG, specialisti e i servizi domiciliari e di prossimità, l'utilizzo dei sistemi informativi aziendali e delle piattaforme di telemedicina.

 ASL LATINA	Aggiornamento Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del paziente con scompenso car- diaco nel territorio della ASL Latina	 REGIONE LAZIO Rev.: 01 Data
---	---	--

7 MONITORAGGIO

Il monitoraggio continuo delle attività all'interno di un percorso di cura è fondamentale, in particolare per le patologie croniche che richiedono un'assistenza complessa e la cooperazione di un team multidisciplinare.

Il monitoraggio, in particolare, deve avvenire tramite l'individuazione e la condivisione di indicatori capaci di misurare gli output e gli outcome delle diverse fasi del percorso, al fine di poterne analizzare i risultati e poter correggere gli eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi (Plan, Do, Check, Act). Le informazioni necessarie per il calcolo degli indicatori devono essere rapidamente disponibili e univoche⁶.

L'audit rappresenta il momento di condivisione in cui viene presentato il report con i risultati derivanti dal calcolo dei diversi indicatori. La discussione con tutti i professionisti coinvolti nel percorso è volta alla rilevazione delle eventuali criticità e alla definizione di proposte di miglioramento, come previsto dal ciclo di miglioramento continuo della qualità assistenziale.

L'Audit, organizzato dal referente di percorso, eventualmente con il supporto della UOC Programmazione, Controllo e Governo Clinico, viene effettuato con cadenza annuale. L'audit può essere anticipato nel caso in cui emergano situazioni organizzative nuove, oppure criticità che possano giustificare una revisione del percorso o della sua specifica attuazione. In seguito all'audit, viene prodotto un verbale, in cui vengono riportati i risultati del monitoraggio e le azioni correttive pianificate con il relativo cronoprogramma attuativo, approvato e firmato da tutti i partecipanti e dal responsabile dell'audit e inviato alla UOC Programmazione, Controllo e Governo Clinico.

Di seguito si riportano gli indicatori individuati per il PDTA, nelle revisioni successive gli indicatori potranno essere modificati/integrati.

Area	Indicatore	Target iniziale 12 mesi
Accesso/diagnosi	Tempo tra prescrizione I visita ed esecuzione I visita	Rispetto tempi standard per classi di priorità
Follow up	Prescrizioni controllo (altro)	Riduzione prescrizioni come I accesso classe P
Presa in carico	Volume di ricoveri per SC	Riduzione rispetto anno precedente
Presa in carico	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per l'età adulta (≥ 18 anni) per complicanze	In linea con valore standard (Prevale)
Presa in carico	mortalità a 30 giorni dal primo accesso	In linea con valore standard (Prevale)

⁶Per la definizione degli indicatori si è fatto riferimento anche Piano Regionale Valutazione Esiti (PREValE) assistenza territoriale a cui si rimanda <https://www.dep.lazio.it/prevale2025/>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

ALLEGATO 1 – Ragionamento clinico
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON
SCOMPENSO CARDIACO
Aggiornamento e Integrazione

INDICE

- 1. Classificazione dello scompenso**
- 2. Accesso e presa in carico**
- 3. Ambulatori specialistici dedicati nell'ambito della rete dello scompenso cardiaco**
- 4. Telemedicina, teleassistenza territoriale e telemonitoraggio cardiologico specialistico nel paziente con scompenso cardiaco**

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

1. CLASSIFICAZIONE DELLO SCOMPENSO

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica caratterizzata da sintomi e/o segni dovuti a un'alterazione strutturale e/o funzionale del cuore, in grado di determinare aumento delle pressioni intracardiache e/o riduzione della portata cardiaca a riposo o durante esercizio. L'inquadramento del paziente con sospetto scompenso cardiaco deve integrare dati clinici, elettrocardiografici, laboratoristici ed ecocardiografici, con l'obiettivo di confermare la diagnosi, definirne il fenotipo, identificare l'eziologia e impostare precocemente il trattamento più appropriato.

Nel percorso diagnostico, il sospetto clinico nasce dalla presenza di fattori di rischio cardiovascolare, cardiopatia nota, sintomi compatibili o segni di congestione. L'elettrocardiogramma, il dosaggio dei peptidi natriuretici e l'ecocardiogramma rappresentano strumenti essenziali per confermare o escludere la diagnosi e per orientare il successivo percorso di presa in carico. Una volta confermata la diagnosi, il paziente deve essere classificato in base alla frazione di eiezione ventricolare sinistra, alla classe funzionale, alla fase clinica e alla complessità assistenziale.

2.1 Classificazione in base alla frazione di eiezione ventricolare sinistra

La classificazione secondo la frazione di eiezione ventricolare sinistra consente di distinguere tre principali fenotipi clinici, rilevanti sia per la prognosi sia per la scelta terapeutica:

Fenotipo	Criteri principali	Implicazioni cliniche
Scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta, HFrEF	Sintomi e/o segni di scompenso cardiaco con LVEF $\leq 40\%$	Richiede avvio e titolazione della terapia disease-modifying secondo linee guida, salvo controindicazioni
Scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta, HfmrEF	Sintomi e/o segni di scompenso cardiaco con LVEF 41-49%	Fenotipo intermedio, spesso vicino all'HfrEF; richiede trattamento della congestione, delle comorbidità e valutazione delle terapie raccomandate
Scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata, HfpEF	Sintomi e/o segni di scompenso cardiaco con LVEF $\geq 50\%$, associati a evidenza oggettiva di alterazioni cardiache strutturali e/o funzionali, disfunzione	Richiede conferma diagnostica accurata, trattamento della congestione, controllo delle

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

diastolica, aumento delle pressioni di comorbidità e identificazione di riempimento o incremento dei peptidi eventuali cause specifiche natriuretici

La semplice presenza di sintomi aspecifici non è sufficiente a definire la diagnosi, in particolare nei pazienti con frazione di eiezione preservata. In questi casi è necessario documentare elementi oggettivi a supporto della diagnosi, quali aumento dei peptidi natriuretici, dilatazione atriale sinistra, ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni della funzione diastolica, aumento delle pressioni di riempimento o altri reperti ecocardiografici coerenti con lo scompenso cardiaco.

1.2 Classificazione funzionale NYHA

La classe funzionale NYHA mantiene un ruolo pratico nella valutazione della limitazione funzionale, nella definizione dell'intensità del follow-up e nella comunicazione clinica tra professionisti. Essa descrive il grado di compromissione delle attività quotidiane attribuibile ai sintomi di scompenso:

Classe NYHA	Descrizione
Classe I	Nessuna limitazione dell'attività fisica ordinaria. L'attività abituale non determina dispnea, affaticamento o palpitazioni
Classe II	Lieve limitazione dell'attività fisica. Il paziente è asintomatico a riposo, ma l'attività ordinaria determina sintomi
Classe III	Marcata limitazione dell'attività fisica. Il paziente è asintomatico a riposo, ma attività inferiori a quelle ordinarie determinano sintomi
Classe IV	Sintomi presenti anche a riposo o impossibilità a svolgere qualsiasi attività fisica senza sintomi

La classe NYHA non deve essere utilizzata come unico criterio di gravità, poiché si basa sulla percezione soggettiva dei sintomi e può non riflettere pienamente il rischio prognostico. Pazienti con sintomi apparentemente lievi possono comunque presentare un elevato rischio di ospedalizzazione, progressione clinica o morte cardiovascolare, soprattutto in presenza di disfunzione ventricolare, elevati peptidi natriuretici, comorbidità rilevanti o recenti episodi di instabilizzazione.

1.3 Classificazione secondo fase clinica e intensità assistenziale

Ai fini del PDTA, oltre al fenotipo ecocardiografico e alla classe funzionale, è utile classificare il paziente in base alla fase del percorso clinico-assistenziale:

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

Fase clinica	Definizione operativa	Obiettivo del percorso
Paziente a rischio o con fase preclinica	Presenza di fattori di rischio, cardiopatia strutturale, esposizione a terapie cardiotossiche o condizioni predisponenti, in assenza di scompenso clinicamente manifesto	Prevenzione, diagnosi precoce, controllo dei fattori di rischio e presa in carico proattiva
Scompenso cardiaco cronico stabile	Diagnosi nota di scompenso cardiaco, quadro clinico stabile, assenza di recente peggioramento o necessità di accesso urgente	Ottimizzazione terapeutica, follow-up programmato, educazione del paziente e prevenzione delle riacutizzazioni
Scompenso cardiaco acuto o riacutizzato	Comparsa rapida o peggioramento di sintomi e segni di scompenso, con necessità di valutazione urgente, trattamento endovenoso o ricovero	Stabilizzazione clinica, decongestione, identificazione del fattore precipitante, avvio o ottimizzazione terapeutica prima della dimissione
Scompenso cardiaco avanzato	Persistenza di sintomi severi, instabilità clinica, ricoveri ripetuti, progressiva intolleranza alla terapia, peggioramento della funzione d'organo o necessità di valutazione per terapie avanzate c/o cure simultanee	Valutazione specialistica avanzata, programmazione condivisa del percorso, integrazione con cure palliative quando appropriato

Questa classificazione consente di modulare l'intensità della presa in carico e di orientare il paziente verso il setting più appropriato: medicina generale e Case della Comunità per la prevenzione e il follow-up stabile, specialistica ambulatoriale e ambulatorio scompenso per l'ottimizzazione terapeutica, ospedale e pronto soccorso per le fasi acute, ambulatori dedicati e centri specialistici per pazienti con eziologie specifiche o elevata complessità.

1.4 Implicazioni per il percorso diagnostico-terapeutico

Nel PDTA ogni paziente con scompenso cardiaco dovrebbe essere inquadrato riportando almeno:

- fenotipo in base alla frazione di eiezione: HFrEF, HFmrEF o HFpEF;
- classe funzionale NYHA;
- fase clinica: rischio/preclinica, cronico stabile, acuto/riacutizzato, avanzato;
- eziologia nota o sospetta;
- presenza di congestione e necessità di trattamento diuretico;
- principali comorbidità cardiovascolari e non cardiovascolari;
- necessità di follow-up specialistico, telemonitoraggio, presa in carico territoriale, ambulatori dedicati o valutazione multidisciplinare.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

Questa impostazione permette di superare una classificazione puramente descrittiva e di collegare direttamente l'inquadramento clinico alle scelte organizzative del PDTA: accesso al percorso, intensità del follow-up, setting assistenziale, indicazione al telemonitoraggio, invio agli ambulatori specialistici dedicati e ottimizzazione della terapia secondo le raccomandazioni vigenti.

2 ACCESSO AL PERCORSO E PRESA IN CARICO

L'accesso al percorso dello scompenso cardiaco deve avvenire in modo proattivo e graduato, tenendo conto del rischio individuale, della presenza di sintomi o segni suggestivi, dell'eventuale documentazione di cardiopatia strutturale e della complessità clinico-assistenziale del paziente. Il percorso non riguarda esclusivamente i pazienti con diagnosi già nota di scompenso cardiaco, ma include anche i soggetti ad alto rischio o in fase preclinica, nei quali l'identificazione precoce consente interventi preventivi, diagnostici e terapeutici finalizzati a ridurre la progressione verso lo scompenso manifesto.

L'identificazione dei pazienti candidabili al percorso può avvenire da parte del medico di medicina generale, dello specialista ambulatoriale, dello specialista ospedaliero, del pronto soccorso, dei reparti di degenza o dei servizi territoriali coinvolti nella presa in carico della cronicità. In presenza di sospetto clinico, fattori di rischio rilevanti o recente instabilizzazione, il paziente viene indirizzato al setting più appropriato della rete: medicina generale, Casa della Comunità, specialistica cardiologica territoriale, ambulatorio scompenso, ambulatori dedicati, pronto soccorso, ricovero ospedaliero, telemonitoraggio o assistenza domiciliare integrata.

2.1 Paziente a rischio di scompenso cardiaco o in fase preclinica

Il paziente a rischio di scompenso cardiaco è il soggetto che non presenta una diagnosi clinica di scompenso, ma ha condizioni cardiovascolari, metaboliche, renali, oncologiche o strutturali che aumentano la probabilità di sviluppare disfunzione cardiaca e scompenso nel tempo. Questa categoria corrisponde, in termini operativi, ai pazienti nei quali il PDTA deve promuovere medicina di iniziativa, prevenzione, screening mirato e presa in carico precoce.

Sono da considerare a rischio aumentato, e quindi meritevoli di valutazione clinica strutturata, i pazienti con una o più delle seguenti condizioni:

Area di rischio

Condizioni principali

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

Rischio cardio- reno- metabolico	Ipertensione arteriosa, soprattutto se non controllata o associata a danno d'organo; diabete mellito tipo 2; malattia renale cronica o albuminuria; obesità; sindrome metabolica; dislipidemia; sedentarietà; fumo; abuso di alcol
Cardiopatía nota o subclinica	Pregressa sindrome coronarica acuta; cardiopatia ischemica cronica; fibrillazione atriale; malattia valvolare almeno moderata o significativa; ipertrofia ventricolare sinistra; dilatazione o disfunzione ventricolare sinistra asintomatica; incremento dei peptidi natriuretici o alterazioni ECG suggestive
Rischio specifico o specialistico	Familiarità per cardiomiopatia o morte improvvisa; sospetta cardiomiopatia; pregressa esposizione o esposizione programmata a terapie oncologiche potenzialmente cardiotossiche; radioterapia toracica o mediastinica; condizioni sistemiche associate a possibile interessamento cardiaco
Complessità clinico- assistenziale	Multimorbidità, fragilità clinica, frequenti accessi non programmati, polifarmacoterapia, difficoltà di aderenza terapeutica, isolamento sociale o difficoltà di accesso ai servizi

2.2 Paziente con sospetto scompenso cardiaco

Il sospetto di scompenso cardiaco deve essere posto in presenza di dispnea da sforzo o a riposo, ortopnea, dispnea parossistica notturna, edemi declivi, incremento rapido del peso corporeo, astenia, ridotta tolleranza allo sforzo, turgore giugulare, rantoli polmonari, epatomegalia congestizia o altri segni compatibili con congestione sistemica o polmonare.

Nel paziente con sospetto scompenso cardiaco il percorso diagnostico prevede:

Passaggio	Azione
Valutazione clinica iniziale	Anamnesi, esame obiettivo, definizione della stabilità clinica e ricerca di segni di congestione o ipoperfusione

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

ECG	Identificazione di ritmo, ischemia, segni di pregressa necrosi, blocchi di branca, ipertrofia, aritmie o altre alterazioni rilevanti
Peptidi natriuretici	BNP o NT-proBNP, se disponibili, per supportare o rendere meno probabile la diagnosi
Ecocardiogramma	Valutazione di frazione di eiezione, volumi, funzione diastolica, funzione ventricolare destra, pressioni polmonari, valvole e possibili cause strutturali
Esami di laboratorio	Funzione renale, elettroliti, emocromo, glicemia/HbA1c, profilo marziale, TSH se indicato, troponina in caso di sospetto ischemico o instabilità

Se la diagnosi di scompenso viene confermata, il paziente deve essere classificato secondo frazione di eiezione, classe funzionale, fase clinica, eziologia e complessità assistenziale, e deve essere indirizzato al setting più appropriato della rete.

2.3 Criteri di indirizzo al setting assistenziale

Profilo del paziente	Setting prevalente
Paziente a rischio, stabile, senza sintomi di scompenso	MMG, Casa della Comunità, specialistica territoriale se indicata
Paziente con sospetto scompenso, clinicamente stabile	Valutazione cardiologica programmata, ECG, peptidi natriuretici, ecocardiogramma
Paziente con nuova diagnosi di scompenso o peggioramento recente	Ambulatorio scompenso/cardiologia, definizione fenotipo, avvio o ottimizzazione terapeutica
Paziente con dispnea ingravescente, congestione importante, ipotensione, ipossiemia, dolore toracico, sincope, aritmia significativa o segni di ipoperfusione	Pronto soccorso o valutazione urgente

 SISTEMA SANITARIO - REGIONE LAZIO ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

Paziente dimesso dopo ricovero per scompenso

Visita cardiologica entro 28 giorni, programma di titolazione terapeutica e valutazione per telemonitoraggio

Paziente con cardiomiopatia sospetta, familiarità, fenotipo non chiarito o necessità di imaging avanzato

Ambulatorio cardiomiopatie

Paziente oncologico o ematologico con rischio o tossicità cardiovascolare

Ambulatorio cardio-oncologia

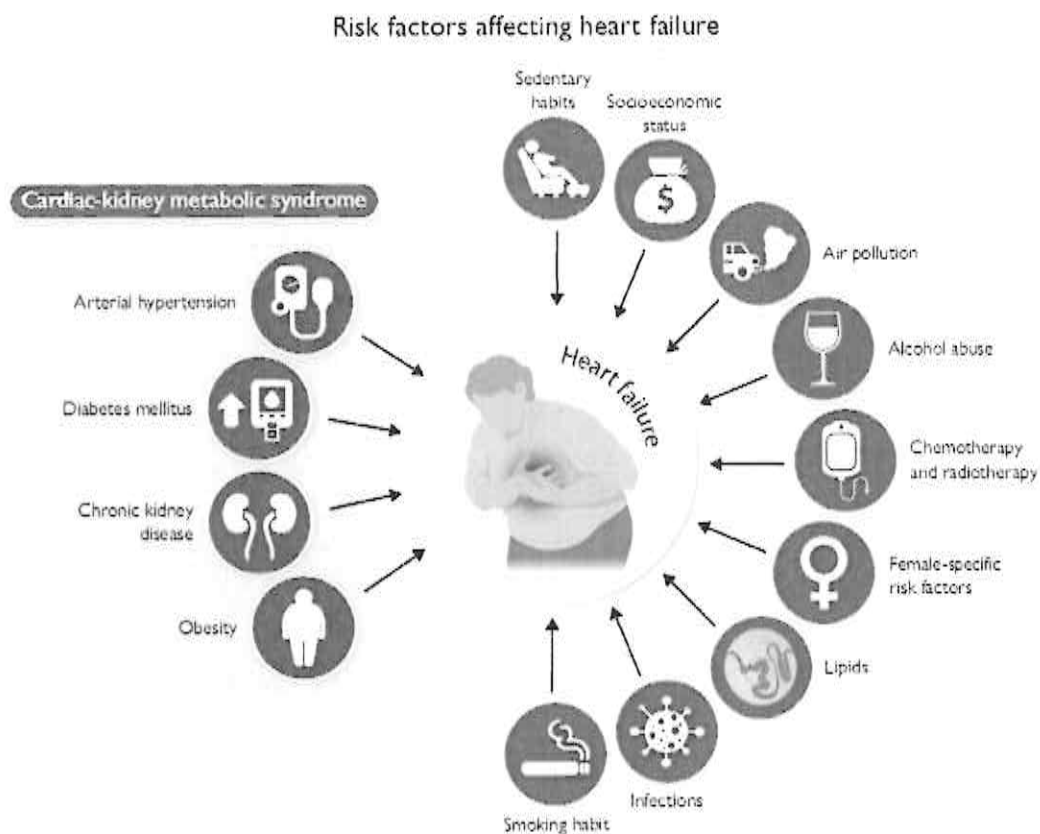
Paziente fragile, non autosufficiente o con bisogni assistenziali complessi

COT, ADI, telemonitoraggio, cure simultanee o cure palliative secondo appropriatezza

Paziente con aritmie clinicamente rilevanti o candidati a impianto di device

Ambulatorio di elettrofisiologia

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO Aggiornamento – Integrazione PDTA SC Data 11 ottobre 2022
---	---	--



Piepoli M, et al. *European Heart Journal*.

Figura 4. *Principali fattori di rischio e determinanti associati allo sviluppo di scompenso cardiaco. Adattato da: Prevention of heart failure. Scientific statement HFA/EAPC/ACNAP/ESC Council on Hypertension, 2026.*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO <i>Aggiornamento e Integrazione</i>	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

3 AMBULATORI SPECIALISTICI DEDICATI

3.1 Ambulatorio cardiomiopatie

L'Ambulatorio delle Cardiomiopatie rappresenta la struttura specialistica dedicata alla diagnosi, caratterizzazione, stratificazione prognostica e gestione clinica dei pazienti affetti da cardiomiopatie ereditarie o acquisite. L'attività è finalizzata all'identificazione precoce della patologia, alla definizione eziologica, alla prevenzione delle complicanze aritmiche e dello scompenso cardiaco, nonché alla presa in carico longitudinale del paziente e dei familiari a rischio. L'ambulatorio segue pazienti affetti da cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia aritmogena, cardiomiopatie restrittive, cardiomiopatie infiltrative e da accumulo, comprese l'amiloidosi cardiaca e la malattia di Fabry (per quest'ultima concentrandosi sullo screening diagnostico), oltre alle forme secondarie associate a patologie sistemiche, metaboliche, infiammatorie o neuromuscolari.

Per la diagnosi di queste malattie è attiva una rete intraospedaliera dedicata che consente nella maggior parte dei casi, di completare l'iter diagnostico e di garantire un follow-up secondo i più recenti standard clinico-assistenziali. Ove ciò non è possibile, avviene un referral presso centri di terzo livello.

Elemento centrale del percorso è la disponibilità di competenze e tecnologie specialistiche dedicate alle cardiomiopatie, comprendenti la cardiogenetica per l'inquadramento delle forme ereditarie e familiari e la risonanza magnetica cardiaca per la caratterizzazione morfo-funzionale e tissutale delle diverse patologie miocardiche. Tali risorse consentono una valutazione approfondita dei pazienti con sospetta cardiomiopatia e una più accurata stratificazione prognostica. Per quanto riguarda l'amiloidosi, il centro cardiomiopatie è stato accreditato come centro malattie rare per la diagnosi e terapia di questa malattia. È attiva per questa patologia una rete intraospedaliera che comprende tutte le figure coinvolte generalmente nella diagnosi e gestione di questi pazienti, ovvero: cardiologo, neurologo, nefrologo, ematologo, specialista in medicina interna e geriatria, radiologo, medico nucleare, genetista e ortopedico. L'ambulatorio opera inoltre in stretta integrazione con le altre strutture cardiologiche aziendali, comprese le unità dedicate allo scompenso cardiaco, all'emodinamica e all'elettrofisiologia e all'impianto di dispositivi cardiaci, al fine di garantire la gestione delle complicanze aritmiche, la prevenzione della morte cardiaca improvvisa e l'eventuale accesso a terapie avanzate. Qualora il paziente sviluppi una quadro di avanzato di malattia, è attiva una collaborazione con il centro Hub (Ospedale San Camillo) nell'ottica di valutare terapie non convenzionali, come il trapianto cardiaco o l'impianto di sistemi di assistenza ventricolare meccanica a lungo termine, garantendo così una completezza dell'assistenza e un FU condiviso nel lungo termine. La rete dell'Ambulatorio delle Cardiomiopatie si estende inoltre al territorio attraverso una collaborazione continuativa con i cardiologi ambulatoriali e con i Medici di Medicina Generale, finalizzata all'identificazione precoce dei soggetti con sospetta cardiomiopatia e al loro tempestivo inserimento nel percorso specialistico. Tale modello organizzativo favorisce la diagnosi precoce, l'appropriatezza

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento – Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

degli invii e la continuità e capillarità della presa in carico. Particolare rilevanza riveste inoltre l'attività di screening familiare nell'ambito delle cardiomiopatie a potenziale trasmissione ereditaria. Attraverso la collaborazione con il servizio di cardiogenetica, i pazienti e i loro familiari possono accedere a percorsi dedicati di consulenza genetica, test genetici e valutazione clinico-strumentale. L'identificazione precoce dei soggetti affetti o portatori di varianti genetiche patogenetiche consente l'attivazione di programmi di sorveglianza personalizzati, l'adozione di strategie preventive mirate e una più accurata stratificazione del rischio clinico. Tale attività rappresenta un elemento fondamentale del percorso assistenziale, permettendo non solo una gestione ottimale del singolo paziente ma anche un approccio proattivo alla tutela della salute dei familiari a rischio. L'ambulatorio è attualmente organizzato su una seduta settimanale dedicata ed è dotato di recapito telefonico e indirizzo e-mail dedicati per facilitare l'accesso dei pazienti e la comunicazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura. All'interno del team operano inoltre figure sanitarie non mediche dedicate, quali il Case Manager e il Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere (CPSI), che svolgono un ruolo fondamentale nel coordinamento del percorso assistenziale, nella programmazione degli accertamenti, nell'educazione del paziente e nel facilitare l'integrazione tra ospedale e territorio.

L'Ambulatorio delle Cardiomiopatie si configura pertanto come centro specialistico dedicato alla presa in carico globale del paziente con malattia miocardica, garantendo un approccio multidisciplinare, integrato e personalizzato, finalizzato alla diagnosi precoce, alla definizione eziologica, all'ottimizzazione terapeutica e al miglioramento degli esiti clinici nel breve e lungo termine.

3.2 Ambulatorio cardio-oncologia

L'ambulatorio di cardio-oncologia rappresenta un nodo specialistico della rete cardiologica aziendale finalizzato alla prevenzione, diagnosi precoce e gestione delle complicanze cardiovascolari nei pazienti affetti da patologia oncologica o ematologica, in trattamento attivo o in follow-up dopo terapie potenzialmente cardiotossiche. Il principale ambito di attività è rappresentato dalla prevenzione e gestione della disfunzione cardiaca correlata alle terapie antitumorali (cancer therapy-related cardiac dysfunction, CTRCD) e dello scompenso cardiaco associato a chemioterapia, immunoterapia, terapie target, radioterapia mediastinica e trattamenti ematologici ad alto impatto cardiovascolare. L'ambulatorio consente una valutazione cardiologica dedicata prima dell'inizio del trattamento oncologico nei pazienti a rischio, il monitoraggio durante la terapia e la presa in carico dei pazienti che sviluppino riduzione della funzione ventricolare, incremento dei biomarcatori cardiaci, segni o sintomi di scompenso cardiaco, aritmie, ischemia miocardica, ipertensione arteriosa o altre manifestazioni di tossicità cardiovascolare. La valutazione cardio-oncologica comprende, in relazione al profilo clinico e al trattamento previsto, anamnesi cardiovascolare, stratificazione del rischio, elettrocardiogramma, ecocardiogramma con valutazione della frazione di eiezione ventricolare sinistra ed eventuale strain longitudinale globale, dosaggio dei biomarcatori cardiaci e definizione di un programma di

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO
		Aggiornamento -- Integrazione PDTA SC
		Data 11 ottobre 2022

sorveglianza personalizzato. Nei pazienti con CTRCD o scompenso cardiaco viene impostata o ottimizzata la terapia cardiologica secondo le raccomandazioni vigenti, con l'obiettivo di stabilizzare il quadro cardiovascolare, ridurre il rischio di eventi e favorire, quando possibile, la prosecuzione in sicurezza del trattamento oncologico. L'ambulatorio svolge inoltre funzione di supporto nella gestione di scenari clinici complessi, in stretta integrazione con oncologia, ematologia, radioterapia, medicina interna, geriatria, pronto soccorso e medicina generale. Rientrano tra questi i pazienti oncologici con cardiopatia preesistente, scompenso cardiaco noto, cardiomiopatie, fibrillazione atriale, cardiopatia ischemica, valvulopatie, ipertensione difficile da controllare, tossicità cardiovascolare da farmaci target o immunoterapia, nonché pazienti ad elevato rischio trombotico o emorragico. Particolare attenzione è riservata ai pazienti oncologici che necessitano di terapia anticoagulante o antiaggregante, nei quali la scelta e la durata del trattamento devono tenere conto del rischio trombotico, del rischio emorragico, della sede e dello stadio della neoplasia, della presenza di trombocitopenia, della funzione renale ed epatica, delle possibili interazioni farmacologiche e della programmazione di procedure invasive. In tali casi, la gestione viene definita mediante valutazione multidisciplinare, con l'obiettivo di garantire il miglior equilibrio possibile tra prevenzione degli eventi cardiovascolari e riduzione delle complicanze emorragiche. L'ambulatorio di cardio-oncologia si configura pertanto come strumento di integrazione tra percorso oncologico e percorso cardiologico, con l'obiettivo di prevenire la tossicità cardiovascolare, intercettare precocemente la CTRCD, trattare lo scompenso cardiaco correlato alle terapie antitumorali e supportare decisioni condivise nei pazienti oncologici a elevata complessità clinica. Per mantenere la specificità delle indicazioni di accesso all'ambulatorio di cardio-oncologia, le prenotazioni avvengono tramite agenda interna.

4. TELEMEDICINA, TELEASSISTENZA TERRITORIALE E TELEMONTORAGGIO CARDIOLOGICO SPECIALISTICO NEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

4.1 Obiettivi

Gli obiettivi delle attività di telemedicina, teleassistenza territoriale e telemonitoraggio cardiologico specialistico sono:

- favorire la precoce identificazione di un deterioramento clinico nel paziente con scompenso cardiaco;
- supportare la continuità assistenziale tra ospedale, territorio, MMG, COT, CAD/ADI e specialistica cardiologica;
- ridurre accessi impropri in pronto soccorso, ospedalizzazioni evitabili e riospedalizzazioni precoci;
- migliorare qualità di vita, sicurezza e autonomia del paziente fragile o con difficoltà di accesso alle strutture sanitarie;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO Aggiornamento – Integrazione PDTA SC Data 11 ottobre 2022
---	---	--

- garantire il controllo remoto specialistico dei dispositivi cardiaci impiantabili nei pazienti portatori di PM, ICD, CRT e loop recorder;
- intercettare precocemente alert tecnici, aritmici o clinici che richiedano rivalutazione specialistica, controllo ambulatoriale anticipato o modifica del percorso assistenziale.

4.2 Attività di telemedicina e teleassistenza territoriale e attività di telemonitoraggio cardiologico specialistico.

- Per telemedicina si intende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a distanza mediante strumenti digitali, quali televisita, teleconsulto, teleassistenza e trasmissione di parametri clinici o documentazione sanitaria, finalizzate a favorire prossimità, continuità assistenziale e integrazione tra ospedale e territorio. Per teleassistenza territoriale si intende il supporto a distanza al paziente fragile o in assistenza domiciliare, con rilevazione e condivisione di parametri clinici, sintomi e bisogni assistenziali, in raccordo con MMG, COT, CAD/ADI, specialistica territoriale e servizi domiciliari. Tale attività è orientata soprattutto al monitoraggio clinico-assistenziale del paziente stabile o a rischio di instabilizzazione.
- Per telemonitoraggio cardiologico specialistico si intende invece l'attività strutturata di sorveglianza remota di dati clinici e/o dati provenienti da dispositivi cardiaci impiantabili. Nell'ambito della ASL di Latina, il telemonitoraggio specialistico dei pazienti portatori di pacemaker, defibrillatore impiantabile, dispositivi di resincronizzazione cardiaca e loop recorder è svolto dagli specialisti della UOS di Elettrostimolazione/Elettrofisiologia afferente alla UOC Cardiologia dell'Ospedale Santa Maria Goretti.

4.3 Criteri Di Inclusione

I pazienti candidabili devono essere distinti in due percorsi, in base al bisogno prevalente: percorso di telemedicina/teleassistenza territoriale e percorso di telemonitoraggio cardiologico specialistico.

• Percorso di telemedicina e teleassistenza territoriale

Sono candidabili i pazienti con scompenso cardiaco cronico lieve-moderato, clinicamente stabili o a rischio di instabilizzazione, in carico o candidabili al CAD/ADI, con fragilità clinica, ridotta autonomia, difficoltà di accesso alle strutture sanitarie o necessità di controlli clinico-assistenziali ravvicinati. Tale percorso prevede il raccordo tra MMG, COT, CAD/ADI, specialistica territoriale e, quando necessario, cardiologia ospedaliera.

• Percorso di telemonitoraggio cardiologico specialistico

Sono candidabili i pazienti con scompenso cardiaco portatori di dispositivi cardiaci impiantabili, inclusi pacemaker, ICD, CRT-P, CRT-D e loop recorder, secondo indicazione specialistica. Tale percorso è gestito dagli specialisti della UOS di Elettrostimolazione/Elettrofisiologia della UOC

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO Aggiornamento - Integrazione PDTA SC Data 11 ottobre 2022
---	---	--

Cardiologia dell'Ospedale Santa Maria Goretti e riguarda la sorveglianza remota dei dispositivi, degli eventi aritmici, degli alert tecnici e degli eventuali segnali di instabilizzazione clinica.

In ogni caso, non sono candidabili a gestione esclusivamente a distanza i pazienti con instabilità clinica, dispnea rapidamente ingravescente, ipotensione sintomatica, segni di ipoperfusione, dolore toracico, sincope, ipossiemia, edema polmonare, shock del defibrillatore associato a sintomi o altra condizione suggestiva di urgenza clinica. In tali situazioni deve essere attivato il percorso ordinario di valutazione urgente o accesso al pronto soccorso.

4.4 Descrizione Organizzativa:

L'indirizzamento del paziente verso l'uno o l'altro percorso deve essere effettuato sulla base del bisogno prevalente: bisogno clinico-assistenziale territoriale, nel caso della telemedicina/teleassistenza; necessità di sorveglianza specialistica da device o di alert aritmici/tecnici, nel caso del telemonitoraggio cardiologico specialistico.

Il medico di reparto o di pronto soccorso valuta, in collaborazione con la COT e con gli altri nodi della rete, i bisogni clinici e assistenziali del paziente con scompenso cardiaco. In caso di paziente candidato a CAD/ADI e con necessità di supporto domiciliare a distanza, può proporre l'attivazione del percorso di telemedicina o teleassistenza territoriale, trasmettendo la richiesta secondo le modalità aziendali previste. Nel caso di paziente portatore di dispositivo cardiaco impiantabile, o con indicazione a sorveglianza remota specialistica del device, il medico segnala il paziente alla UOS Elettrostimolazione/Elettrofisiologia della UOC Cardiologia dell'Ospedale Santa Maria Goretti, per valutazione dell'attivazione o prosecuzione del telemonitoraggio cardiologico specialistico.

Le modalità di monitoraggio differiscono in base al percorso attivato. Nel percorso di telemedicina e teleassistenza territoriale vengono rilevati prevalentemente parametri clinici e sintomi riferiti dal paziente o dal caregiver. Nel percorso di telemonitoraggio cardiologico specialistico vengono invece valutati i dati trasmessi dai dispositivi cardiaci impiantabili e gli alert tecnici, aritmici o clinici generati dai sistemi di monitoraggio remoto.

Parametri clinici rilevabili nel percorso di telemedicina/teleassistenza territoriale

- Frequenza cardiaca
- Pressione arteriosa
- Peso
- Diuresi
- Dispnea
- Presenza di Astenia

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO Aggiornamento e Integrazione	 REGIONE LAZIO Aggiornamento – Integrazione PDTA SC Data 11 ottobre 2022
---	---	--

- Presenza di Palpitazioni

Dati e alert valutabili nel telemonitoraggio cardiologico specialistico da device

Nel percorso di telemonitoraggio cardiologico specialistico possono essere valutati, secondo le caratteristiche del dispositivo impiantato e le impostazioni definite dallo specialista:

- episodi di fibrillazione atriale o incremento del burden aritmico;
- tachiaritmie ventricolari;
- interventi appropriati o inappropriati del defibrillatore;
- parametri elettrici del dispositivo e degli elettrocateretri;
- alert di batteria o di integrità del sistema;
- mancata trasmissione o problemi di connettività;
- eventuali indici indiretti di peggioramento dello scompenso, facilmente evidenziati dall'implementazione di algoritmi di intelligenza artificiale che predicono di oltre 1 mese l'insorgenza di fasi di riacutizzazione di scompenso.

Gli alert trasmessi dai dispositivi impiantabili vengono valutati in prima battuta mediante counselling infermieristico degli operatori della UOS Elettrostimolazione/Elettrofisiologia, che definiscono le azioni conseguenti sulla base della rilevanza clinica e tecnica dell'evento.

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO <i>Appendice operativa</i>	 REGIONE LAZIO Aggiornamento PD TA SC Allegato tecnico Giugno 2026
---	---	--

ALLEGATO 2

Indicazioni operative per terapia farmacologica, device e follow-up specialistico

Appendice operativa

1. Finalità del documento

La presente appendice integra il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con scompenso cardiaco della ASL di Latina e ha lo scopo di fornire indicazioni operative per l'inquadramento terapeutico, l'ottimizzazione della terapia farmacologica, la gestione della carenza marziale, la valutazione per device, il follow-up post-dimissione e l'invio agli ambulatori dedicati.

Le indicazioni riportate costituiscono un supporto pratico alla gestione clinico-organizzativa del paziente e non sostituiscono il giudizio clinico del professionista, la valutazione multidisciplinare nei casi complessi, le condizioni prescrittive vigenti e le schede tecniche aggiornate dei singoli farmaci o dispositivi.

L'obiettivo operativo è ridurre mortalità, ospedalizzazioni, riospedalizzazioni precoci, instabilizzazioni cliniche e accessi non programmati, migliorando qualità di vita, continuità assistenziale e appropriatezza del setting di cura.

2. Valutazione clinica minima prima dell'impostazione terapeutica

Prima di avviare o modificare la terapia dello scompenso cardiaco, il paziente dovrebbe essere inquadrato in modo sistematico. La valutazione deve definire fenotipo, stabilità clinica, stato volêmico, funzione renale, potassio, comorbidità e obiettivi di cura.

Ambito	Valutazione operativa
Inquadramento clinico	Sintomi, classe NYHA, segni di congestione, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso corporeo, saturazione, stato volêmico
Fenotipo di scompenso	HFrEF, HFmrEF o HFpEF sulla base della frazione di eiezione ventricolare sinistra e degli elementi oggettivi di supporto
ECG	Ritmo, frequenza, durata del QRS, blocco di branca, aritmie, pacing, segni ischemici o di pregressa necrosi
Ecocardiogramma	LVEF, volumi ventricolari, funzione ventricolare destra, pressioni polmonari, valvulopatie, funzione diastolica, versamento pericardico
Laboratorio	Emocromo, creatinina/eGFR, sodio, potassio, glicemia/HbA1c, transaminasi, assetto lipidico, TSH se indicato
Biomarcatori	BNP o NT-proBNP quando disponibili, soprattutto per diagnosi, stratificazione e follow-up dopo instabilizzazione
Profilo marziale	Ferritina e saturazione della transferrina (TSAT), da includere nel profilo di base e nel follow-up
Comorbidità	Diabete, CKD, fibrillazione atriale, cardiopatia ischemica, ipertensione, obesità, BPCO, anemia, neoplasia, valvulopatie, fragilità clinica
Terapia in corso	Farmaci, dosi, aderenza, tollerabilità, interazioni, controindicazioni, terapie potenzialmente peggiorative dello scompenso

La valutazione dello stato volêmico è centrale in ogni fase del percorso. La presenza di congestione deve essere ricercata mediante anamnesi, esame obiettivo, andamento del peso corporeo, edemi declivi, turgore jugulare, rantoli polmonari, epatomegalia congestizia, ridotta tolleranza allo sforzo e necessità di incremento della terapia diuretica.

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO <i>Appendice operativa</i>	 REGIONE LAZIO Aggiornamento PDTA SC Allegato tecnico Giugno 2026
---	--	---

3. Terapia farmacologica nello scompenso con frazione di eiezione ridotta (HFrEF)

Nel paziente con HFrEF, definito da LVEF $\leq 40\%$, la terapia farmacologica deve essere impostata precocemente e titolata fino alla dose target o alla massima dose tollerata. In assenza di controindicazioni o intolleranza documentata, devono essere considerati i quattro pilastri terapeutici: modulazione del sistema renina-angiotensina-nepilislina, beta-bloccante evidence-based, antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi e SGLT2 inibitore.

Classe terapeutica	Indicazione operativa	Monitoraggio essenziale
ACE-inibitore, ARB o ARNI	Riduzione di mortalità e ospedalizzazioni. L'ARNI è da considerare nei pazienti candidabili, in sostituzione di ACE-I/ARB o nell'ambito di ottimizzazione specialistica.	Pressione arteriosa, creatinina/eGFR, potassio, sintomi di ipotensione, storia di angioedema
Beta-bloccante evidence-based	Indicato nei pazienti clinicamente stabili. Avviare a basse dosi e titolare progressivamente.	Frequenza cardiaca, pressione arteriosa, segni di congestione, bradicardia, blocchi AV
MRA	Indicato nei pazienti con HFrEF in assenza di iperkaliemia significativa o grave compromissione renale.	Potassio ed eGFR dopo avvio/incremento e poi periodicamente
SGLT2 inibitore	Dapagliflozin o empagliflozin indicati nei pazienti con HFrEF, indipendentemente dalla presenza di diabete, salvo controindicazioni.	eGFR, stato volêmico, pressione arteriosa, rischio di infezioni genitali, educazione alla sospensione temporanea in condizioni acute selezionate
Diuretico dell'ansa	Indicato in presenza di congestione. Essenziale per il controllo dei sintomi, ma non sostituisce la terapia disease-modifying.	Peso, diuresi, pressione arteriosa, creatinina/eGFR, sodio, potassio

4. Dosi iniziali e dosi target orientative dei principali farmaci in HFrEF

Le dosi riportate sono orientative e devono essere verificate con scheda tecnica, prontuario aziendale e condizioni cliniche del paziente. La titolazione deve essere individualizzata, soprattutto in caso di ipotensione, CKD, iperkaliemia, bradicardia, età avanzata, fragilità clinica o multimorbidità.

Farmaco/classe	Dose iniziale frequente	Dose target o usuale	Note operative
Enalapril	2,5 mg x 2/die	10-20 mg x 2/die	Controllare PA, creatinina/eGFR e potassio dopo avvio e titolazione
Ramipril	1,25-2,5 mg/die	5 mg x 2/die o 10 mg/die	Utile titolazione graduale se PA bassa o CKD
Lisinopril	2,5-5 mg/die	20-35 mg/die	Alternativa ACE-i in base a disponibilità e tolleranza
Sacubitril/valsartan	24/26 mg x 2/die o 49/51 mg x 2/die	97/103 mg x 2/die	Richiede wash-out di 36 ore dopo ACE-i; attenzione a PA, eGFR e potassio
Bisoprololo	1,25 mg/die	10 mg/die	Avviare solo se paziente stabile e non congesto in modo rilevante
Carvedilolo	3,125 mg x 2/die	25 mg x 2/die; fino a 50 mg x 2/die in pazienti selezionati	Maggiore effetto su PA; titolare con cautela se ipotensione
Metoprololo succinato	12,5-25 mg/die	200 mg/die	Usare formulazione a rilascio prolungato indicata per HFrEF
Nebivololo	1,25 mg/die	10 mg/die	Opzione nei pazienti di età avanzata e in base a disponibilità/indicazione
Spironolattone	25 mg/die	25-50 mg/die	Controllare potassio ed eGFR; rivalutare se K elevato
Eplerenone	25 mg/die	50 mg/die	Alternativa a spironolattone se effetti endocrini o indicazione specifica
Dapagliflozin	10 mg/die	10 mg/die	Nessuna titolazione; verificare soglie eGFR da scheda tecnica
Empagliflozin	10 mg/die	10 mg/die	Nessuna titolazione; verificare soglie eGFR da scheda tecnica
Furosemide	20-40 mg/die o secondo	Dose variabile	Adeguare a congestione, peso, diuresi,

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO <i>Appendice operativa</i>		 REGIONE LAZIO Aggiornamento PDTA SC Allegato tecnico Giugno 2026
Farmaco/classe	Dose iniziale frequente	Dose target o usuale	Note operative
	quadro clinico		funzione renale ed elettroliti
Torase mide	5-10 mg/die o secondo quadro clinico	Dose variabile	Alternativa al diuretico dell'ansa, da adattare al profilo del paziente

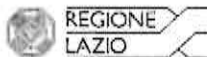
5. Sequenza operativa di avvio e titolazione

La terapia deve essere introdotta in tempi rapidi, evitando lunghi intervalli tra una classe farmacologica e l'altra. La titolazione deve essere guidata da tollerabilità, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, funzione renale, potassio e presenza di congestione.

Scenario clinico	Strategia operativa
Paziente stabile ambulatoriale	Avviare progressivamente i quattro pilastri, con controllo clinico-laboratoristico ravvicinato e documentazione delle controindicazioni se una classe non viene utilizzata
Paziente recentemente ricoverato	Avviare o ottimizzare la terapia prima della dimissione se stabile; programmare controllo precoce e titolazione nelle prime 6 settimane
Paziente ipoteso	Rivalutare congestione, dose di diuretico, nitrati, calcio-antagonisti o altri farmaci non essenziali; introdurre con gradualità i farmaci prognostici
Paziente con CKD	Evitare sospensione automatica della terapia prognostica; valutare trend di creatinina/eGFR, potassio e beneficio clinico
Paziente con iperkaliemia	Rivalutare dieta, supplementi, FANS, funzione renale e dose di MRA/RAASi; considerare strategie per mantenere la terapia prognostica quando possibile
Paziente bradicardico	Rivalutare beta-bloccante, digossina, amiodarone e disturbi di conduzione; considerare valutazione elettrofisiologica se appropriato
Paziente congesto	Ottimizzare la terapia diuretica prima di incrementare farmaci che possono peggiorare ipotensione o funzione renale

6. Terapie aggiuntive in pazienti selezionati con HFrEF

Terapia	Quando considerarla	Attenzioni
Ivabradina	Ritmo sinusale e frequenza cardiaca persistentemente elevata nonostante beta-bloccante alla massima dose tollerata o controindicato	Non indicata in fibrillazione atriale; controllare FC e sintomi
Digossina	Fibrillazione atriale con necessità di controllo della frequenza o pazienti selezionati con HFrEF sintomatico	Monitorare funzione renale, rischio di tossicità, interazioni e bradicardia
Vericiguat	HFrEF con recente peggioramento o ricovero nonostante terapia ottimizzata, secondo indicazione specialistica	Attenzione a ipotensione e criteri prescrittivi
Idralazina/nitrati	Pazienti selezionati non tolleranti a RAASi/ARNi o in specifici contesti clinici	Attenzione a ipotensione, cefalea e aderenza
Tiazidico o simil-tiazidico associato	Congestione persistente o resistenza diuretica	Stretto monitoraggio di sodio, potassio, funzione renale e stato volêmico
Ferro endovena	HFrEF o HFmrEF sintomatico con carenza marziale documentata	Usare formulazioni e dosi secondo scheda tecnica e percorso aziendale

 SISTEMA SAN. REGIONE ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO <i>Appendice operativa</i>	 REGIONE LAZIO Aggiornamento PDTA SC Allegato tecnico Giugno 2026
--	--	---

7. Terapia nello scompenso con frazione di eiezione lievemente ridotta (HFmrEF)

Nel paziente con HFmrEF, definito da LVEF 41-49%, il trattamento deve includere controllo della congestione, gestione delle comorbidità, identificazione dell'eziologia e valutazione delle terapie con beneficio prognostico.

Intervento	Indicazione operativa
Diuretico	Indicato in presenza di congestione clinica o ritenzione idrosalina
SGLT2 inibitore	Dapagliflozin o empagliflozin indicati nei pazienti sintomatici per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso o morte cardiovascolare
ACE-i/ARB/ARNI	Da considerare nei pazienti selezionati, soprattutto se LVEF vicina al range HFrEF, cardiopatia ischemica, ipertensione o precedente HFrEF
Beta-bloccante	Da considerare nei pazienti selezionati, soprattutto in presenza di cardiopatia ischemica, pregresso infarto, frequenza elevata o precedente HFrEF
MRA	Da considerare nei pazienti selezionati, con attento monitoraggio di potassio e funzione renale

8. Terapia nello scompenso con frazione di eiezione preservata (HFpEF)

Nel paziente con HFpEF, definito da LVEF $\geq 50\%$, la diagnosi deve essere sostenuta da elementi oggettivi, quali aumento dei peptidi natriuretici, alterazioni strutturali cardiache, disfunzione diastolica o aumento delle pressioni di riempimento. La terapia deve essere personalizzata e orientata al trattamento della congestione, delle comorbidità e delle cause specifiche.

Intervento	Indicazione operativa
Diuretico	Indicato in presenza di congestione per ridurre sintomi e segni di ritenzione idrosalina
SGLT2 inibitore	Dapagliflozin o empagliflozin indicati nei pazienti sintomatici per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso o morte cardiovascolare
Controllo pressorio	Centrale nei pazienti ipertesi; preferire farmaci coerenti con il profilo clinico e le comorbidità
Fibrillazione atriale	Valutare controllo di frequenza o ritmo e anticoagulazione secondo rischio tromboembolico ed emorragico
CKD e diabete	Gestione cardio-reno-metabolica integrata, con eventuale coinvolgimento di nefrologia e diabetologia
Obesità e sedentarietà	Intervento su peso, attività fisica, nutrizione e riabilitazione quando appropriato
Valvulopatie	Invio a valutazione specialistica se moderate-severe o clinicamente rilevanti
Cause specifiche	Ricercare amiloidosi, cardiomiopatie infiltrative, ipertrofiche, restrittive o altre cause quando sospettate

9. Paziente con diabete tipo 2 e malattia renale cronica

Nei pazienti con diabete tipo 2 e CKD, la prevenzione dello scompenso e degli eventi cardio-renali deve essere parte integrante del PDTA. La valutazione deve includere eGFR e albuminuria, oltre al profilo pressorio, metabolico e cardiovascolare.

Intervento	Indicazione operativa	Monitoraggio
SGLT2 inibitore	Da considerare secondo indicazioni, funzione renale e criteri prescrittivi per ridurre rischio cardio-renale e ospedalizzazioni per scompenso	eGFR, stato volêmico, infezioni genitali, condizioni acute intercorrenti
Finerenone	Da considerare nei pazienti con diabete tipo 2 e CKD con albuminuria, secondo criteri prescrittivi	Potassio, eGFR, interazioni e rischio di iperkaliemia
RAASi	Fondamentali in presenza di albuminuria/ipertensione quando tollerati	Creatinina/eGFR, potassio, PA

 SISTEMA SANITARIO LAZIO ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO <i>Appendice operativa</i>	 REGIONE LAZIO Aggiornamento PDTA SC Allegato tecnico Giugno 2026
Intervento	Indicazione operativa	Monitoraggio
	e indicati	
Integrazione specialistica	Coinvolgere nefrologia e diabetologia nei pazienti complessi, con albuminuria persistente, CKD avanzata o difficile controllo metabolico	Piano condiviso e follow-up coordinato

10. Gestione dello scompenso acuto o riacutizzato

Nel paziente con scompenso acuto o peggioramento clinico la priorità è stabilizzare il quadro, trattare la congestione, identificare i fattori precipitanti e programmare precocemente la terapia prognostica e il follow-up.

Fase	Azioni operative
Valutazione iniziale	Pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione, stato di perfusione, congestione, ECG, emogas se indicato
Laboratorio	Emocromo, creatinina/eGFR, elettroliti, troponina se indicata, BNP/NT-proBNP, funzionalità epatica, profilo marziale se non noto
Decongestione	Diuretico ev nei pazienti congesti, con monitoraggio di diuresi, peso, elettroliti e funzione renale
Ossigeno/ventilazione	Ossigeno o supporto ventilatorio solo se ipossiemia o insufficienza respiratoria, secondo quadro clinico
Fattori precipitanti	Ricerca ischemia, aritmie, infezioni, ipertensione, non aderenza, embolia polmonare, anemia, peggioramento renale, farmaci
Terapia prognostica	Avviare o ottimizzare i farmaci disease-modifying appena il paziente è stabile
Dimissione protetta	Definire terapia, peso target, controlli ematici, follow-up e contatti di riferimento

11. Bundle minimo alla dimissione dopo ricovero per scompenso

La fase immediatamente successiva alla dimissione rappresenta un periodo ad alto rischio di riospedalizzazione e morte. Ogni paziente dimesso dopo ricovero per scompenso dovrebbe avere un piano strutturato, con rivalutazione precoce e titolazione attiva della terapia.

Elemento	Standard operativo
Diagnosi alla dimissione	Fenotipo HFREF, HFmrEF o HFpEF; eziologia nota o sospetta; classe NYHA; fattore precipitante se identificato
Stato volêmico	Peso alla dimissione, presenza/assenza di congestione, dose di diuretico e obiettivo di peso
Terapia	Farmaci indicati prescritti o controindicazione/intolleranza documentata
Esami	Creatinina/eGFR, sodio, potassio, emocromo, ferritina e TSAT se non recenti
Prime 6 settimane	Strategia intensiva di avvio e rapida titolazione della terapia evidence-based
Educazione	Peso quotidiano, aderenza, sintomi di allarme, dieta, liquidi se indicato, contatti utili
Rete	Invio a MMG, ambulatorio scompenso, COT, ADI, telemedicina o ambulatorio dedicato secondo bisogno

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO <i>Appendice operativa</i>	 REGIONE LAZIO Aggiornamento PDTA SC Allegato tecnico Giugno 2026
---	---	---

12. Terapia marziale nello scompenso cardiaco

La carenza marziale è frequente nei pazienti con scompenso cardiaco, può essere presente anche in assenza di anemia e contribuisce a peggioramento dei sintomi, ridotta capacità funzionale e minore qualità di vita. Deve essere ricercata attivamente.

Aspetto	Indicazione operativa
Screening	Ferritina e TSAT alla diagnosi, dopo ricovero per scompenso, in caso di peggioramento clinico e periodicamente nel follow-up
Definizione	Ferritina <100 ng/mL oppure ferritina 100-299 ng/mL con TSAT <20%
Pazienti candidabili	Pazienti sintomatici con HFrEF o HFmrEF e carenza marziale documentata
Trattamento	Ferro endovena, in particolare carbossimaltoso ferrico o derisomaltoso ferrico, secondo disponibilità, scheda tecnica e percorsi aziendali
Obiettivi	Miglioramento di sintomi, capacità funzionale e qualità di vita; riduzione del rischio di ospedalizzazione in pazienti selezionati
Follow-up	Rivalutazione di Hb, ferritina, TSAT e quadro clinico dopo trattamento, generalmente entro 3-6 mesi
Attenzione	Ricercare cause di perdita ematica, malassorbimento, neoplasia, infiammazione o insufficienza renale quando clinicamente indicato

La scelta della formulazione, del dosaggio e della sede di somministrazione deve seguire le procedure aziendali e la scheda tecnica.

13. Indicazioni a valutazione per device

La valutazione per device deve avvenire dopo ottimizzazione della terapia medica, salvo indicazioni urgenti o specifiche. La decisione deve considerare LVEF, classe NYHA, eziologia, ECG, durata e morfologia del QRS, aspettativa di vita, stato funzionale, comorbidità, fragilità clinica e preferenze del paziente.

Device/procedura	Principali indicazioni operative	Note
ICD in prevenzione secondaria	Arresto cardiaco resuscitato o tachicardia ventricolare sostenuta/emodinamicamente rilevante, in assenza di causa reversibile	Richiede valutazione aritmologica e prognostica complessiva
ICD in prevenzione primaria, eziologia ischemica	HFrEF sintomatico, LVEF $\leq 35\%$, dopo almeno 3 mesi di terapia ottimizzata, dopo 40 giorni dall'evento infartuale, con aspettativa di vita >1 anno e buon stato funzionale	Valutare comorbidità, competing risk e obiettivi di cura
ICD in prevenzione primaria, eziologia non ischemica	Da considerare in HFrEF sintomatico, LVEF $\leq 35\%$, dopo almeno 3 mesi di terapia ottimizzata, con aspettativa di vita >1 anno e buon stato funzionale	Indicazione da individualizzare in base a età, fibrosi, genetica, sincope, aritmie e rischio globale
CRT	HFrEF sintomatico, LVEF $\leq 35\%$, ritmo sinusale, QRS largo, soprattutto BBSx o QRS ≥ 150 ms, nonostante terapia ottimizzata	Massimo beneficio in BBSx e QRS molto largo
CRT da considerare	QRS 130-149 ms con BBSx, QRS ≥ 150 ms non-BBSx, oppure necessità di pacing ventricolare frequente in pazienti con HFrEF	Discussione specialistica caso per caso
Upgrade a CRT	PM/ICD convenzionale, LVEF $\leq 35\%$, peggioramento dello scompenso e quota significativa di pacing ventricolare destro	Valutare burden di pacing e quadro clinico
Telemonitoraggio device	Pazienti portatori di PM, ICD, CRT o loop recorder secondo indicazioni della UOS Elettrostimolazione/Elettrofisiologia	Integrare con percorso scompenso e gestione degli alert
Rivalutazione prima di sostituzione generatore	Necessaria nei pazienti fragili, con prognosi limitata o mutati obiettivi di cura	Decisione condivisa con paziente/caregiver quando appropriato

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO <i>Appendice operativa</i>	 REGIONE LAZIO Aggiornamento PDTA SC Allegato tecnico Giugno 2026
---	--	---

14. Criteri di invio agli ambulatori dedicati

Ambulatorio/percorso	Indicazioni principali
Ambulatorio scompenso	Nuova diagnosi, peggioramento recente, titolazione terapia, follow-up post-ricovero, congestione ricorrente, rivalutazione dopo accesso in PS
Ambulatorio cardiomiopatie	Cardiomiopia sospetta o nota, familiarità per cardiomiopia o morte improvvisa, fenotipo non chiarito, necessità di RM cardiaca o valutazione genetica, ipertrofia o dilatazione non spiegata
Ambulatorio cardio-oncologia	Pazienti oncologici ad elevato rischio cardiovascolare, Esposizione a terapie cardiotossiche, CTRCD sospetta o accertata, scompenso in corso di terapia oncologica, paziente oncologico complesso ad alto rischio trombotico o emorragico
Elettrostimolazione/elettrofisiologia	PM, ICD, CRT, loop recorder, aritmie rilevanti, indicazione a ICD/CRT, shock ICD, burden di FA, telemonitoraggio device
Referral a centro per la gestione dello scompenso cardiaco avanzato	Ricoveri ripetuti, terapia non tollerata, ipotensione persistente, peggioramento renale/epatico, necessità di inotropi, FE molto ridotta, sospetto scompenso avanzato

15. Gestione delle comorbidità principali

Comorbidità	Azioni operative
Ipertensione	Controllo pressorio, preferendo quando possibile farmaci utili anche nello scompenso e nel profilo cardio-reno-metabolico
Fibrillazione atriale	Valutare anticoagulazione, controllo di frequenza o ritmo, ricerca dei trigger, burden aritmico e possibile valutazione elettrofisiologica
Cardiopatía ischemica	Ottimizzazione anti-ischemica, statina, antiaggregazione se indicata, valutazione di rivascolarizzazione in casi selezionati
Valvulopatie	Ecocardiogramma seriato e invio specialistico se moderate-severe o associate a sintomi/scompenso
CKD	Monitorare eGFR, potassio, albuminuria; evitare sospensioni non motivate della terapia prognostica
Diabete	Favorire farmaci con beneficio cardio-renale quando indicati; integrazione con diabetologia nei casi complessi
Anemia/carenza marziale	Ricercare e trattare cause correggibili; valutare ferro endovena se criteri presenti
Obesità	Intervento su peso, attività fisica, alimentazione e comorbidità metaboliche
BPCO/OSAS	Ottimizzare terapia respiratoria e valutare disturbi respiratori del sonno se sospetti
Neoplasia	Integrazione cardio-oncologica, valutazione del rischio di cardiotossicità e del rischio trombotico/emorragico

16. Farmaci e condizioni da rivalutare periodicamente

Elemento	Azione
FANS	Evitare o limitare quando possibile per rischio di ritenzione idrosalina, peggioramento renale e instabilizzazione dello scompenso
Calcio-antagonisti non diidropiridinici	Da evitare generalmente in HFrEF, salvo indicazioni specialistiche specifiche
Glitazoni	Da evitare nello scompenso per rischio di ritenzione idrica

 ASL LATINA	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO <i>Appendice operativa</i>	 REGIONE LAZIO Aggiornamento PDTA SC Allegato tecnico Giugno 2026
---	--	---

Elemento	Azione
Supplementi di potassio	Rivalutare nei pazienti in terapia con RAASi, MRA o finerenone
Doppie/triple terapie antitrombotiche	Rivalutare periodicamente rischio ischemico ed emorragico, soprattutto nei pazienti oncologici o fragili
Terapie oncologiche cardiotossiche	Valutare percorso cardio-oncologico e sorveglianza dedicata
Non aderenza	Ricerca cause pratiche, cognitive, sociali, economiche e semplificare il piano terapeutico quando possibile

17. Indicatori minimi di qualità terapeutica

Ai fini del monitoraggio del PDTA, possono essere considerati i seguenti indicatori. Ogni indicatore deve essere interpretato tenendo conto di controindicazioni, intolleranze, condizioni prescrittive e caratteristiche del paziente.

Indicatore	Popolazione
Pazienti HFrEF in terapia con ACE-i/ARB/ARNi o con controindicazione documentata	HFrEF
Pazienti HFrEF in terapia con beta-bloccante evidence-based o con controindicazione documentata	HFrEF
Pazienti HFrEF in terapia con MRA o con controindicazione documentata	HFrEF
Pazienti HFrEF in terapia con SGLT2i o con controindicazione documentata	HFrEF
Pazienti HFmrEF/HFpEF valutati per SGLT2i	HFmrEF/HFpEF
Pazienti congesti trattati con diuretico	Tutti i fenotipi
Pazienti con ferritina e TSAT disponibili	Tutti i fenotipi
Pazienti con carenza marziale trattati o inviati a valutazione per ferro endovena	HFrEF/HFmrEF sintomatici
Pazienti con HFrEF e LVEF ≤35% rivalutati per ICD/CRT dopo terapia ottimizzata	HFrEF
Pazienti con piano terapeutico e follow-up documentati alla dimissione	Dimessi per scompenso
Riospedalizzazioni a 30 e 90 giorni	Pazienti presi in carico

18. Riferimenti essenziali

- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal. 2021;42:3599-3726.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal. 2023;44:3627-3639.
- Piepoli M, Rosano G, Abreu A, et al. Prevention of heart failure. A scientific statement of the Heart Failure Association, the European Association of Preventive Cardiology, the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the ESC, and the ESC Council on Hypertension. European Heart Journal. 2026.