

MANUALE OPERATIVO
A SUPPORTO DEGLI INFERMIERI PER LA
GESTIONE DEL PAZIENTE CON SINDROME
CARDIO-RENALE-METABOLICA
(CRM)
PER LE BOTTEGA DELLA COMUNITA'

ASL SALERNO



Indice

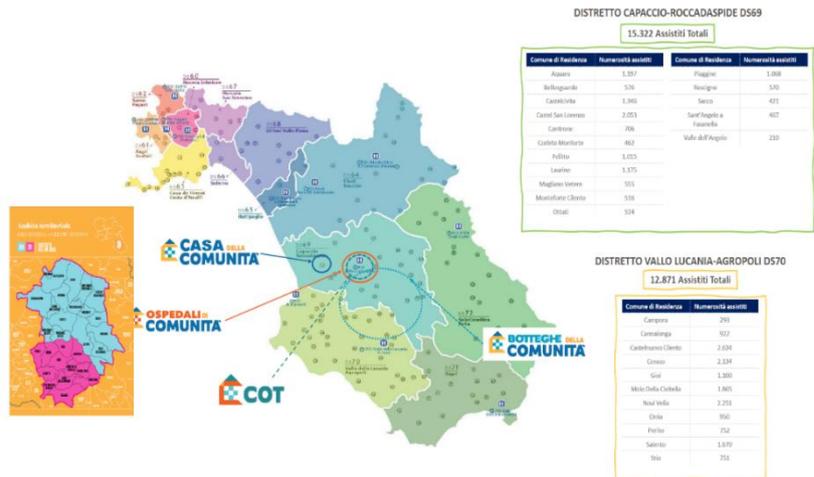
1. Introduzione	4
1.1 Le Botteghe della comunità.....	4
1.2 La sindrome Cardio-Renale-Metabolica (CRM)	5
1.3 Il Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA) per la presa in carico della popolazione affetta da sindrome CRM all'interno dell'ASL Salerno	7
1.4 Obiettivo del documento	8
2. Ruolo e attività dell'infermiere operante nelle Botteghe della Comunità in riferimento alla gestione del paziente CRM	9
2.1 Il ruolo dell'infermiere operante nelle Botteghe della Comunità in riferimento alla gestione CRM	9
2.2 Le attività dell'Infermiere da svolgere nei diversi accessi del paziente CRM.....	10
2.2 La matrice Attori/Attività	14
3. Modalità di diffusione e formazione	17
4. Bibliografia e fonti documentali	18

1. Introduzione

1.1 Le Botteghe della comunità

Al fine d'implementare la rete territoriale di assistenza sociosanitaria nelle aree interne della provincia, l'Asl Salerno ha avviato una sperimentazione nell'area interna del Cilento che coinvolge direttamente 29 Amministrazioni comunali.

L'ASL ha attivato la sperimentazione gestionale, integrando le risorse della Missione 6, della Missione 5 del PNRR e della Strategia delle Aree Interne (SNAI) progettando, con l'ausilio dei 29 Comuni, delle cure primarie e delle farmacie che insistono nell'area interna, un modello diffuso di strutture di prossimità sociosanitarie definito Botteghe della Comunità per un bacino di 28 mila cittadini serviti.



Un modello "sartoriale" - uniforme anche nell'immagine con cui si presenta al cittadino con combinazioni di colori e con i percorsi di way finding - disegnato sulle esigenze epidemiologiche, sociali e sanitarie del territorio, tale da accompagnare il percorso assistenziale e di cura nell'arco di tutta la vita della persona. Una visione olistica che aumenta l'attenzione al paziente delle Aree Interne, caratterizzate dalla distanza dai punti sanitari di erogazione.

Le Botteghe della Comunità afferiscono ai Distretti n. 69 e 70, e sono funzionalmente collegate all'Ospedale di Comunità di Roccamare e alle COT dei due Distretti, oltre che all'Ospedale per acuti di Vallo della Lucania.

Nello specifico, sono attivate le Botteghe nei seguenti Comuni:

- Aquara
- Bellosguardo
- Campora
- Cannalonga
- Castelcivita
- Castelnuovo Cilento
- Castel San Lorenzo
- Ceraso
- Contraone
- Corleto Monforte
- Felitto
- Gioi
- Laurino
- Magliano Vetere
- Moio della Civitella
- Monteforte Cilento
- Novi Velia
- Orria
- Ottati
- Perito
- Piaggine
- Roscigno
- Sacco
- Salento
- Sant'Angelo e Fasanella
- Stio
- Valle Dell'Angelo (Bottega Hub)
- Roccamare
- Vallo della Lucania

La Bottega è un presidio di prossimità sociosanitaria all'interno del quale lavora un infermiere, coadiuvato dagli altri professionisti territoriali (professionisti dei servizi sociali del Comune e/o dell'Ambito Sociale, assistenti sociali e farmacisti rurali dei paesi coinvolti) e dal volontariato con il servizio civile. Il servizio, nello specifico, è svolto tramite specialisti per 5 giorni settimanali (ogni giorno è dedicato a una specifica branca), dal lunedì al venerdì. Le ore previste in presenza (4 ore complessivamente) sono effettuate presso la Bottega HUB e per 8 ore settimanali per ciascuna branca specialistica da remoto.

Alla tecnologia è poi deputato il compito di collegare le Botteghe, tramite l'utilizzo diffuso della telemedicina. Oltre al servizio infermieristico di prossimità, in ognuna delle Botteghe è attivo un servizio specialistico in presenza e in telemedicina per la gestione delle malattie croniche a maggior prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, malattie croniche dell'apparato respiratorio, patologie cerebro-vascolari compreso demenze e polipatologie dell'anziano fragile).

Le Botteghe, oltre ad essere funzionalmente integrate con la Farmacia dei servizi per ogni paese coinvolto, ospitano anche i Medici di Medicina Generale e le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT della zona, che ruotano su più sedi coprendo i propri assistiti o anche altri in caso di non copertura. Alcune delle Botteghe, poi, ospitano i servizi di continuità assistenziale (ore notturne e giorni pre-festivi e festivi) oggi ospitati in altri locali. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti.

L'obiettivo di questo servizio è quello di poter offrire una "sanità di prossimità" e contrasto alla fragilità, basata su un approccio proattivo al paziente per la prevenzione e promozione della salute.

1.2 La sindrome Cardio-Renale-Metabolica (CRM)

La sindrome Cardio-Renale-Metabolica (CRM) è una malattia sistemica caratterizzata da interconnessioni fisiopatologiche tra diversi fattori di rischio metabolici, cardiovascolari e renali (ipertensione, ipercolesterolemia, insufficienza cardiaca, diabete di tipo 2, malattia renale cronica) che portano alla disfunzione multiorgano, determinando una accelerazione della complessità clinica e, conseguentemente quella organizzativa, in pazienti sempre più anziani, con un elevato tasso di eventi avversi, prevalentemente di tipo cardiovascolare.

Una adeguata stratificazione della popolazione di riferimento risulta fondamentale al fine di garantire un'appropriatezza presa in carico del paziente in funzione delle relative specifiche necessità cliniche e assistenziali. Dalle indicazioni della American Heart Association (2023), sono stati rielaborati 5 stadi per il contesto italiano che riflettono la complessità clinica ed assistenziale del paziente con sindrome CRM, esplicitati in Figura 1.

Gli stadi più bassi sono caratterizzati dall'assenza di fattori di rischio, con una gestione territoriale del paziente, per poi progredire agli stadi più alti e complessi caratterizzati dalla presenza contemporanea di più patologie «core» della sindrome CRM che necessitano di una gestione specialistica e multidisciplinare.

Tale modello è stato quindi pensato e declinato anche in funzione delle specifiche condizioni organizzative del SSN italiano, del Piano Nazionale delle Cronicità e del DM 77.

STADI DELLA SINDROME CARDIO-RENALE-METABOLICA

STADIO	CARATTERIZZAZIONE STADI	PAT. CORE			PAT. NO CORE		PRESENZA CVD
		#N*	DM2	SC	CKD	Ipersten.	
STADIO 0	Assenza di fattori di rischio della sindrome CRM: individui con peso normale e parametri di glicemia, ipercolesterolemia, pressione arteriosa normali senza evidenze di CKD	Nessuna					
STADIO 1	Assenza di diabete di tipo 2, malattia renale cronica, insufficienza cardiaca: presenza di ipertensione e/o ipercolesterolemia: condizione di peso eccessivo o obesità, condizione di iperglicemia da prediabete	Nessuna				Max 2	
STADIO 2	Presenza di fattori di rischio cardiovascolare moderato (ipercolesterolemia, ipertensione, ipertrigliceridemia) e/o metabolico (iperglicemia) e/o malattia renale medio/moderato (fino a stadio 3A secondo scala KDIGO)	Solo 1 (No SC)			Max 3A	Max 1	NO
STADIO 3	Presenza di malattia cardiovascolare aterosclerotica subclinica (diagnosticata da analisi del colesterolo, TAC, angiografia, coronarografia) e/o insufficienza cardiaca subclinica (censita da ecocardiogramma, analisi NT-proBNP) in individui che presentano fattori di rischio metabolico (iperglicemia) e/o malattia renale moderata/severa (censita in stadio 3B secondo scala KDIGO) e/o ad alto rischio di malattia CV a 10 anni stimato secondo l'algoritmo SCORE2	Da 1 a 3 (No Evento Cardiovascolare - CVD)			Max 4	Max 2	NO
STADIO 4	Presenza di malattia cardiovascolare clinica (malattia arteriosa coronarica, malattia delle arterie periferiche, fibrillazione atriale, infarto, ictus) in individui che presentano fattori di rischio metabolico e/o malattia renale severa/con danno d'organo (censita in stadio 4/5/dialisi da scala KDIGO)	3	Da 1 a 2		Max 4	Max 2	SI

DM2 SC CKD IPERTEN. IPERCOLEST.

Figura 1: Adattamento all'Italia del modello di stadiazione della sindrome CRM secondo America Heart Association
Fonte: Rielaborazione Deloitte

Più nel dettaglio i 5 diversi Stadi di rischio e complessità, clinica e organizzativa, possono essere così descritti:

- **Stadio 0:** In questo stadio rientrano tutti coloro che non presentano alcun fattore di rischio cardio-renale-metabolico, né condizioni di sovrappeso o obesità.
- **Stadio 1:** In questo stadio rientrano individui che, pur non avendo ancora fattori di rischio cardio-renale-metabolico "core" (come diabete di tipo 2, insufficienza cardiaca, malattia renale cronica), possono trovarsi in una condizione di rischio dovuta alla presenza di ipertensione e/o ipercolesterolemia e/o iperglicemia, che li pone in una condizione di prediabete.
- **Stadio 2:** a questa categoria fanno riferimento i pazienti che sono portatori di uno fra due dei fattori di rischio cardio-renale-metabolico "core" (diabete di tipo 2, malattia renale cronica), eventualmente associati anche alla presenza di ipertensione/ipercolesterolemia, benché ancora in una condizione che può complessivamente essere definita, anche secondo le Linee Guida ESC, di moderato rischio, anche in quanto non hanno ancora manifestato alcuna malattia cardiovascolare clinicamente censita. Si fa riferimento a pazienti che presentano tali condizioni:
 - e/o diabete di tipo 2 senza danno d'organo;
 - e/o malattia renale cronica che, secondo la scala KDIGO 2024, possa essere considerata in fase 3A ovvero moderata.
- **Stadio 3:** a questa categoria fanno riferimento quei pazienti che già sono portatori di una condizione di rischio che da moderata inizia a divenire severa e che può complessivamente essere definita secondo le Linee Guida ESC, ad alto rischio, perché presente l'insufficienza cardiaca o la comorbidità diviene rilevante in quanto affetti da sola insufficienza cardiaca o con almeno 2 le patologie CRM "core" simultaneamente presenti, cui aggiungere spesso le condizioni di ipertensione e/o ipercolesterolemia; nello specifico si fa riferimento a pazienti cui è stata diagnosticata la presenza di:
 - e/o una malattia cardiovascolare aterosclerotica e/o insufficienza cardiaca subclinica, o rischio



equivalente (alto rischio di sviluppare CVD a 10 anni)

- e/o diabete di tipo 2 senza danno d'organo;
 - e/o malattia renale cronica che, secondo la scala KDIGO, possa essere considerata in fase 3A con SC/ 3B, cioè moderata-severa¹.
- **Stadio 4:** a questa categoria fanno riferimento quei pazienti che già sono portatori di una condizione di rischio che è decisamente severa e che può complessivamente essere definita, secondo le Linee Guida ESC 2023, a molto alto rischio. Sono portatori di 2 o più patologie CRM "core", associate spesso a ipertensione e ipercolesterolemia, con malattia cardiaca censita. Nello specifico si fa riferimento a pazienti che presentano:
 - malattia cardiovascolare clinica (tra cui anche insufficienza cardiaca)
 - e/o diabete di tipo 2 con danno d'organo;
 - e/o malattia renale cronica censita second scala KDIGO negli stadi 3A/3B/4/5 e dialisi¹.

1.3 Il Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA) per la presa in carico della popolazione affetta da sindrome CRM all'interno dell'ASL Salerno

Con l'obiettivo di affrontare la sfida associata alla gestione del paziente con sindrome CRM, l'ASL Salerno ha ritenuto necessaria e prioritaria la definizione un Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA) per la presa in carico della popolazione affetta da sindrome CRM.

Nello specifico, il PPDTA ha l'obiettivo di formalizzare il percorso di presa in carico del paziente con sindrome CRM nel contesto dell'ASL Salerno, coerentemente con le priorità locali e nazionali, sostenendo l'efficacia dei processi e la continuità terapeutica del paziente fra i diversi setting assistenziali coinvolti in ottica di continuo perfezionamento dell'assistenza alla persona.

Si riportano di seguito le priorità strategiche locali e nazionali che hanno guidato la definizione la stesura del PPDTA:

- Adozione di un modello di stratificazione della popolazione CRM, individuando diversi livelli di complessità e definendo percorsi personalizzati e differenziati per ciascun cluster.
- Rafforzamento delle condizioni di multidisciplinarietà e multiprofessionalità nella gestione del paziente CRM, adottando un approccio integrato che coinvolga diversi professionisti sanitari.
- Promozione delle logiche di proattività del sistema, anche attraverso lo svolgimento di attività di medicina di iniziativa, per favorire la diagnosi precoce (prevenzione primaria) e prevenire lo sviluppo di complicanze associate alle patologie CRM (prevenzione secondaria e terziaria).
- Favorire la prossimità dei servizi nell'assistenza dei pazienti CRM, garantendo l'accesso a cure di qualità il più vicino possibile al loro luogo di residenza, valorizzando le peculiarità della rete di offerta

¹ Coerentemente con la definizione posta dalla American Heart Association, si segnala che all'interno dello Stadio 3, infine, potrebbero essere compresi anche pazienti CKD in fase 4 / 5 / dialisi secondo scala KDIGO, ma senza evento cardiovascolare, elemento discriminante, secondo AHA, per l'attribuzione del paziente al più alto stadio di complessità, ossia lo stadio 4. Tuttavia, alla luce delle indicazioni DM 77 e in considerazione delle necessità cliniche e assistenziali di tali tipologie di pazienti, essi vengono assimilati, in termini di gestione, ai pazienti a più elevata complessità. Secondo i medesimi razionali, all'interno dello stadio 4, secondo AHA, potrebbero rientrare anche pazienti CKD in fase 3A e 3B se con evento cardiovascolare. In questo caso, alla luce delle indicazioni DM 77 e in considerazione delle relative necessità cliniche e assistenziali, essi vengono assimilati ai pazienti, in termini di gestione, in stadio 4.

di servizi della ASL Salerno (Botteghe della Comunità).

- Garantire appropriatezza terapeutica al fine di ridurre il rischio di complicanze legate alla sindrome CRM, in coerenza con le linee guida scientifiche di riferimento.
- Garantire equità di accesso ai servizi sanitari e alle terapie, promuovendo la sostenibilità delle scelte per migliorare l'utilizzo delle risorse e differenziando i servizi in funzione del livello di vulnerabilità sociale della popolazione.

All'interno del documento di PPDTA elaborato per l'ASL Salerno sono dettagliati in particolare:

- Gli obiettivi e il metodo di lavoro che hanno portato alla realizzazione del PPDTA
- I criteri diagnostici, terapeutici e di follow-up del paziente CRM
- I percorsi di presa in carico del paziente CRM differenziati per stadi
- Un focus sull'attività di prevenzione e medicina di iniziativa
- I meccanismi di integrazione tra i diversi setting
- Gli indicatori di monitoraggio.

Per la definizione dei percorsi di presa in carico del paziente CRM all'interno dell'ASL Salerno, così come riportati nel documento di PPDTA, sono presi come riferimento i diversi setting e attori di riferimento per la gestione del paziente con sindrome CRM:

- Gli ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) operanti a livello territoriale
- Gli infermieri, i MMG e gli specialisti (diabetologi, cardiologi) operanti a livello territoriale all'interno delle Botteghe della Comunità "hub&spoke" presenti nelle aree del Cilento Interno
- L'assistenza specialistica erogata sul territorio in ambito diabetologico (erogata dai Centri Anti Diabete - CAD), cardiologico e nefrologico
- L'assistenza specialistica erogata in ambito ospedaliero, di tipo cardiologico (incluso l'ambulatorio dedicato allo SC) e nefrologico.

1.4 Obiettivo del documento

Questo documento ha l'obiettivo principale di approfondire il ruolo degli infermieri che operano nelle Botteghe della Comunità, con particolare attenzione alla gestione appropriata del paziente CRM.

Nei capitoli seguenti viene delineato il ruolo previsto dell'infermiere nella gestione del paziente CRM, specificando le attività da svolgere nelle diverse fasi del percorso di accesso del paziente all'interno delle botteghe e il ruolo atteso dagli altri attori coinvolti nel percorso di presa in carico del paziente.

2. Ruolo e attività dell'infermiere operante nelle Botteghe della Comunità in riferimento alla gestione del paziente CRM

2.1 Il ruolo dell'infermiere operante nelle Botteghe della Comunità in riferimento alla gestione CRM

Nei distretti in cui è presente la Bottega della Comunità, alcune delle attività descritte all'interno del PPDTA come di competenza del MMG potranno essere svolte all'interno dell'ambulatorio "spoke" della Bottega della Comunità con il supporto dell'infermiere e dei professionisti sanitari operanti al suo interno. In particolare, l'infermiere sarà il primo punto di contatto del paziente CRM, operando una fase di valutazione preliminare, inquadramento, analisi del bisogno, controllo e follow-up secondo protocolli operativi in corso di definizione. L'infermiere della Bottega, al bisogno, si racconderà con il MMG per eventuali approfondimenti clinici e richiesta di prestazioni.

Tra le principali attività di competenza dell'infermiere della Bottega si riportano: misurazione dei parametri vitali, valutazione rischi di salute e fragilità, analisi del bisogno, attività di prevenzione (anche attraverso lo svolgimento di medicina di iniziativa) e promozione di stili di vita salutari, supporto svolgimento attività di telemedicina, raccordo con MMG e supporto nel coordinamento dei PDTA per le patologie croniche, raccordo e coordinamento con i vari interlocutori (quali distretti, ambulatori, servizi sociali, strutture ospedaliere e territoriali, COT, CdC, ADI, farmacie dei servizi).

Per i pazienti con esigenze specifiche, in accordo e condivisione con il MMG, è prevista la possibilità di fornire attività infermieristiche dedicate quali ad esempio medicazioni, formazione e supporto all'aderenza terapeutica, monitoraggio degli indicatori di salute.

Una descrizione schematica del ruolo dell'infermiere di comunità nella gestione del paziente CRM, insieme alle principali competenze e condizioni organizzative abilitanti necessarie per una efficace realizzazione delle attività delineate, è descritta nella Figura 2. Sintesi del ruolo dell'Infermiere della Bottega delle Comunità.

INFERMIERE DELLA BOTTEGA DI COMUNITA'				
	STADIO 1	STADIO 2	STADIO 3	STADIO 4
OBIETTIVI DI GESTIONE DEL PAZIENTE CRM	<ul style="list-style-type: none"> Evitare l'insorgenza delle patologie «core» della Sindrome CRM Identificare precocemente i pazienti a rischio delle patologie «core» della Sindrome CRM 	<ul style="list-style-type: none"> Governare il paziente lungo l'intero percorso di cura Rallentare la progressione delle patologie «core» della Sindrome CRM 	<ul style="list-style-type: none"> Supporto nel rallentamento della progressione delle patologie «core» della Sindrome CRM Supporto nella riduzione del rischio di danno d'organo 	<ul style="list-style-type: none"> Supporto nel rallentamento della progressione delle patologie «core» della Sindrome CRM Supporto nella riduzione del rischio di ospedalizzazione per eventi acuti
AREE DI RESPONSABILITA'/ ATTIVITA' CHIAVE	<ul style="list-style-type: none"> Supporto all'inquadramento preliminare del paziente (es. tramite valutazione clinica preliminare, controllo esami...) Monitoraggio aderenza al piano di controlli previsto PAI Supporto all'attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (anche tramite medicina di iniziativa) Formazione del paziente e monitoraggio aderenza Supporto per garantire la governance multi-disciplinare del paziente tramite un raccordo attivo con MMG e Specialisti per condivisione delle informazioni 			
COMPETENZE		CONDIZIONI ORGANIZZATIVE ABILITANTI		
<ul style="list-style-type: none"> Caratterizzazione della sindrome CRM Strategie di prevenzione per la Sindrome CRM Logiche di stratificazione della sindrome CRM e percorsi sottesi Modalità e logiche di collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare, anche tramite l'ausilio degli strumenti di telemedicina 		<ul style="list-style-type: none"> Accesso a programmi di formazione continua (competenze tecnico-professionali, competenze di processo) Accesso a sistemi informativi condivisi e infrastrutture di telemedicina per collaborazione multiprofessionale 		

Figura 2. Sintesi del ruolo dell'Infermiere della Bottega delle Comunità

2.2 Le attività dell'Infermiere da svolgere nei diversi accessi del paziente CRM

Di seguito vengono approfondite le attività dell'infermiere di comunità nei diversi momenti di interazione con i pazienti CRM: I accesso (fase di accoglienza), II accesso (fase valutazione, inquadramento cittadino e valutazione del bisogno) e III accesso (Fase di controlli e follow-up proattivo).

I ACCESSO: Fase di accoglienza

La fase di accoglienza (Figura 3) rappresenta il primo contatto tra il paziente e il sistema delle Botteghe, ed è cruciale per instaurare un rapporto di fiducia e garantire un percorso terapeutico efficace. Ogni passaggio è fondamentale per assicurare che il paziente riceva un'assistenza personalizzata e di qualità. Fra le attività che compongono questa fase troviamo:

- **Presentazione del Paziente**

Il paziente può presentarsi di propria iniziativa o essere inviato da un altro professionista sanitario. In entrambi i casi, è fondamentale accogliere il paziente con cortesia e professionalità, garantendo un ambiente confortevole e rassicurante.

- **Adempimenti Burocratici**

All'arrivo del paziente, si procede con la raccolta dei dati anagrafici necessari. Questo include nome, cognome, data di nascita, indirizzo, numero di telefono e altre informazioni di contatto rilevanti.

Il paziente deve firmare il modulo del consenso informato, che autorizza il trattamento dei dati personali e l'esecuzione delle procedure mediche necessarie. È importante spiegare chiaramente il contenuto del modulo e rispondere a eventuali domande del paziente.

- **Raccolta Documentazione**

Si richiede al paziente di fornire eventuali Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) o altra documentazione medica in suo possesso. Questi documenti devono essere integrati nel sistema informativo per garantire una visione completa del quadro clinico del paziente.

- **Analisi del Bisogno**

Una volta raccolte tutte le informazioni necessarie, si procede con l'analisi del bisogno del paziente. Questo passaggio è cruciale per comprendere la situazione di salute del paziente, in particolare in relazione alla sindrome CRM.

L'analisi del bisogno include una valutazione dettagliata dei sintomi, delle condizioni preesistenti e delle eventuali terapie in corso. Si discute con il paziente per comprendere meglio le sue preoccupazioni e aspettative.

- **Programmazione degli Interventi**

In base all'analisi del bisogno, si programma una serie di interventi mirati. Questi possono includere esami diagnostici, consulenze specialistiche, terapie farmacologiche o altre procedure mediche necessarie. È importante pianificare gli interventi in modo coordinato, coinvolgendo tutti i professionisti necessari.

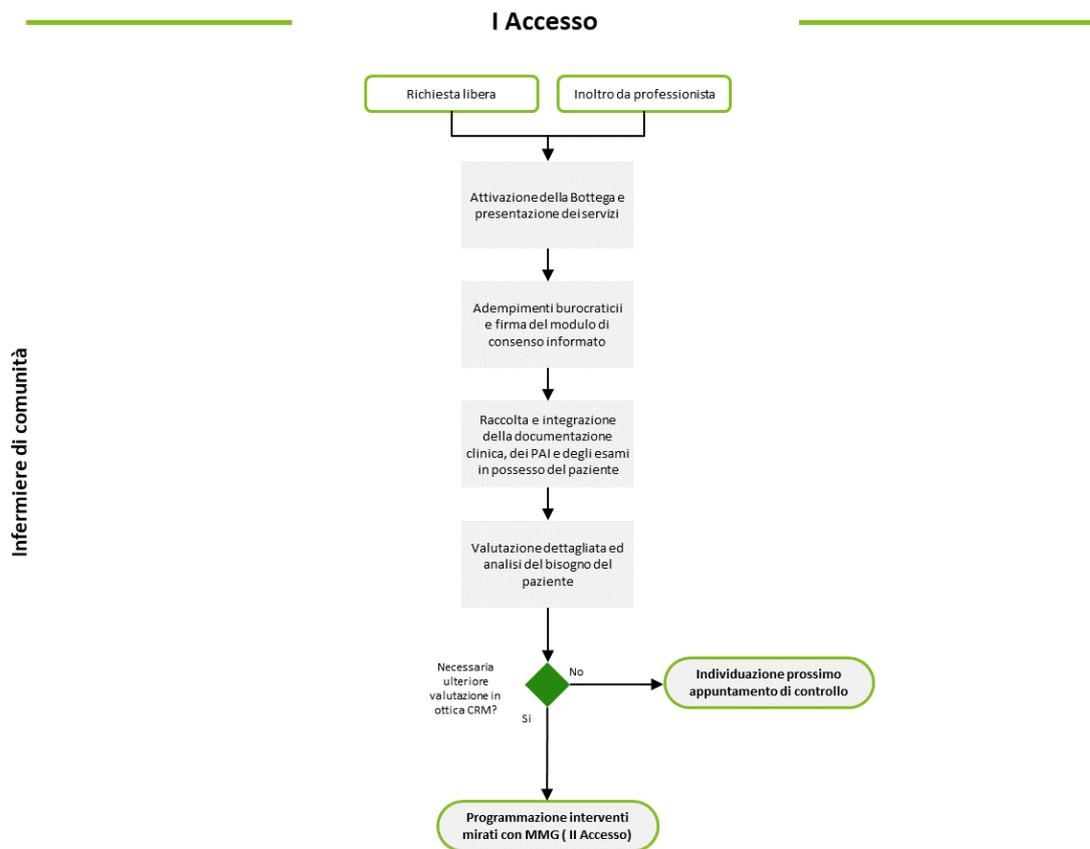


Figura 3. I Accesso presso la Bottega di Comunità da parte del paziente CRM

II ACCESSO: fase valutazione, inquadramento e valutazione dei bisogni

Il secondo accesso (Figura 4) rappresenta una fase cruciale nel percorso di assistenza sanitaria, focalizzandosi sulla valutazione e l'inquadramento del paziente, nonché sulla valutazione dei suoi bisogni. In questa fase, l'infermiere svolge un ruolo fondamentale nel coadiuvare la determinazione del rischio e lo stato delle patologie cardiovascolari del paziente, collaborando strettamente con il Medico di Medicina Generale (MMG).

L'inquadramento del paziente permette di identificare i soggetti ad alto rischio e quelli con patologie già diagnosticate, stabilendo un percorso terapeutico adeguato. La valutazione clinica continua e il controllo dello stato del percorso terapeutico sono essenziali per monitorare e migliorare la salute del paziente, coinvolgendo attivamente anche i familiari. La collaborazione tra infermiere e MMG, insieme alla partecipazione del paziente, è fondamentale per garantire un'assistenza integrata.

Inquadramento del Paziente

L'inquadramento del paziente è una fase cruciale per determinare il rischio e lo stato delle patologie cardiovascolari, metaboliche e renali. L'infermiere gioca un ruolo fondamentale in questa fase, valutando i seguenti aspetti:

- Pazienti senza patologia core ma con ipertensione e ipercolesterolemia: questi pazienti sono considerati ad alto rischio di sviluppare patologie core (stadio 1). È essenziale monitorare attentamente questi individui per prevenire l'insorgenza di malattie più gravi.
- Pazienti con patologia core già diagnosticata: in questi casi, è necessario riconoscere e stadiare la patologia secondo il modello definito all'interno del PPDTA e riassunto nel Capitolo 1. Questo permette di definire il percorso terapeutico più appropriato per il paziente.

Valutazione Clinica del Paziente

La valutazione clinica del paziente è un processo continuo che richiede la collaborazione tra infermiere e Medico di Medicina Generale (MMG). Le seguenti azioni sono fondamentali:

- Pazienti in stadio 2/3/4: È necessario un raccordo con il MMG per una revisione del caso clinico e un approfondimento della condizione del paziente. Questo include il controllo della terapia in corso. Se il MMG lo ritiene necessario, il paziente può essere indirizzato a una visita specialistica, che può avvenire tramite teleconsulto o in presenza, sia a livello territoriale che ospedaliero.
- Valutazione dei parametri vitali: L'infermiere deve raccogliere i valori degli esami ematochimici e strumentali svolti nell'ultimo anno, secondo il set standard per la sindrome CRM (allegato da definire). Se gli esami non sono presenti o sono più vecchi di un anno, è necessario un raccordo con il MMG per la prescrizione di nuovi esami.
- Ricerca di sospetto diagnostico: In caso di patologie non diagnosticate, l'infermiere deve collaborare con il MMG per identificare eventuali sospetti diagnostici.
- Analisi della progressione della patologia: Se la condizione del paziente è coerente con l'ultima stadiazione assegnata, l'infermiere deve riprogrammare la prossima visita di controllo. Se invece la condizione del paziente non è più coerente con l'ultima stadiazione effettuata, e sono presenti elementi di progressione della patologia, segni di acuzia o eventi che richiedono un intervento urgente, l'infermiere deve fare da raccordo con il MMG per una valutazione approfondita.
- Conferma della stadiazione: La conferma della stadiazione deve essere effettuata dal MMG, in collaborazione con l'infermiere.

Controllo dello Stato del Percorso Terapeutico

Per garantire che il paziente riceva le cure appropriate, per ogni paziente deve essere definito un piano di assistenza individuale (PAI) aggiornato e monitorato periodicamente. Le seguenti attività sono fondamentali:

- Redazione o aggiornamento del PAI: Per i pazienti in stadio 2/3/4, il MMG deve redigere o aggiornare il PAI, con il supporto dello specialista se necessario, e pianificare una strategia di monitoraggio.

- Comunicazione del PAI: L'infermiere deve comunicare il PAI al paziente e ai suoi familiari, assicurandosi che comprendano il piano terapeutico e le azioni da intraprendere.
- Formazione del paziente: L'infermiere deve fornire formazione al paziente, spiegando come gestire la propria condizione e l'importanza di seguire il piano terapeutico.
- Pianificazione dei controlli periodici: È fondamentale pianificare i controlli periodici e la prossima visita presso la bottega di comunità, per monitorare lo stato di salute del paziente e apportare eventuali modifiche al piano terapeutico.

In conclusione, l'inquadramento, la valutazione clinica e il controllo dello stato del percorso terapeutico sono fasi interconnesse e fondamentali per la gestione efficace dei pazienti con sindrome CRM. La collaborazione tra infermiere e MMG, insieme alla partecipazione attiva del paziente e dei suoi familiari, è essenziale per garantire un'assistenza di qualità e migliorare gli esiti clinici.

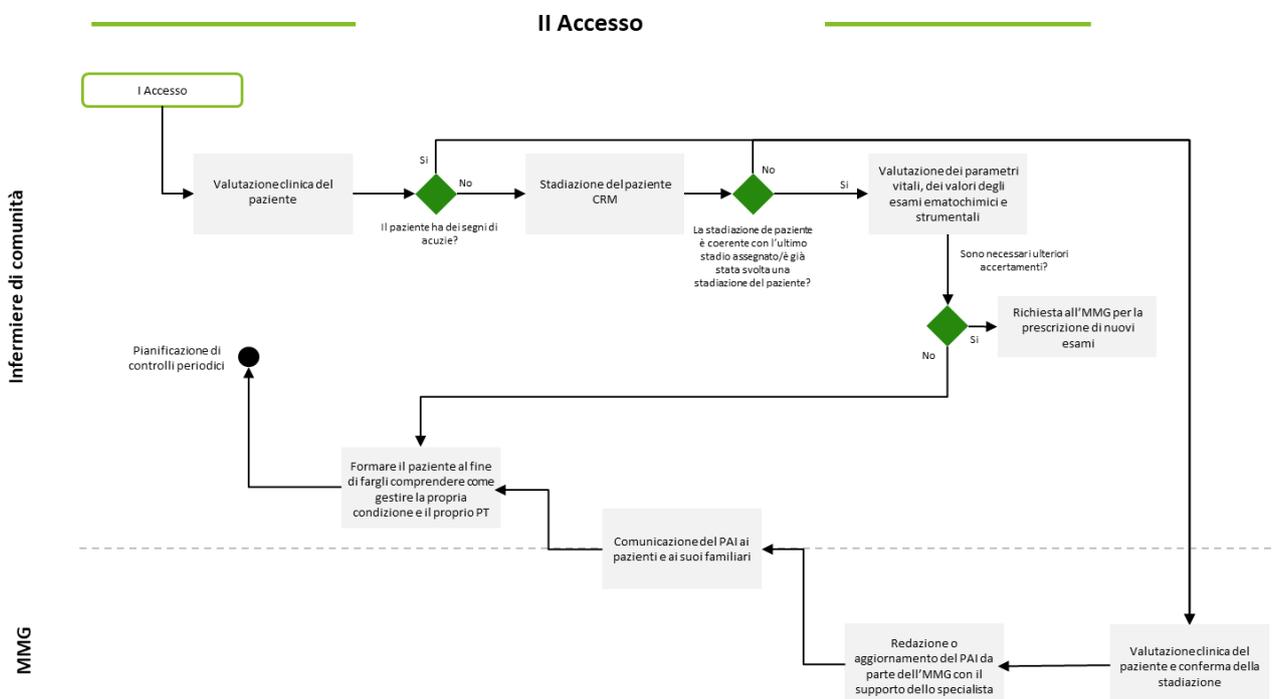


Figura 4 - Il Accesso alla Bottega di Comunità del Paziente con sindrome CRM

III ACCESSO: Fase di controlli e follow-up proattivo

La fase di controlli e follow-up proattivo è essenziale per monitorare l'evoluzione delle condizioni del paziente e garantire l'aderenza al piano terapeutico. Questa fase prevede una serie di attività strutturate per rivalutare periodicamente la diagnosi, controllare l'aderenza alla terapia e programmare interventi di medicina di iniziativa.

Pianificazione dei Controlli Periodici

I controlli periodici sono pianificati periodicamente per rivalutare la diagnosi delle malattie core, suddivisi per stadio. La pianificazione dei controlli periodici per ogni paziente deve rispettare quanto indicato all'interno del PAI.

Controllo dell'Aderenza alla Terapia

È fondamentale verificare l'aderenza del paziente alla terapia come previsto dal piano di monitoraggio. Questo controllo aiuta a identificare eventuali problemi e a intervenire tempestivamente per correggerli.

Programmazione di Attività di Medicina di Iniziativa

La medicina di iniziativa prevede richiami periodici dei pazienti che non si presentano alle visite secondo la frequenza stabilita, sono poco aderenti alla terapia o a rischio di peggioramento, come previsto dal PPDTA. Le attività includono:

- Identificazione dei pazienti da attenzionare: Secondo il modello operativo previsto dal PPDTA ed in funzione una attenta analisi della domanda di salute locale, in coerenza con le priorità locali.
- Richiamo attivo dei pazienti: convocando il paziente in ambulatorio o attendendo la prossima visita programmata.
- Valutazione della situazione del paziente con l'MMG: per sottoporre una serie di domande sulla loro condizione, l'aderenza alla terapia e lo stato di progressione della patologia, da definire in accordo con il MMG.

2.2 La matrice Attori/Attività

Nella matrice sotto riportata si riporta una visione complessiva delle principali attività da svolgere per la presa in carico del paziente CRM nei diversi stadi di stratificazione, identificando anche il ruolo degli altri attori coinvolti con la lettera "R" (Responsabile), "C" (Coinvolto) e "I" (Informato). La lettera "R" indica che l'operatore risulta direttamente responsabile dell'attività. La lettera "C" viene utilizzata per designare una attività a cui si prende parte ma non si risulta direttamente responsabili. La "I" identifica un operatore che viene solo informato in merito ad un determinato processo nel quale non svolge un ruolo attivo.

Paziente in Stadio II					
Attività	Infermiere	MMG	Specialista afferente alla Bottega Hub (Diabetologo, Cardiologo)	Specialista territoriale* (Diabetologo, Cardiologo, Nefrologo)	Specialista Ospedaliero (Diabetologo, Cardiologo, Nefrologo)
Inquadramento clinico preliminare del paziente	R	C			
Diagnosi nuove patologie e conferma stadiazione (stadio 2)	I	R	C	C	
Impostazione terapia	I	R	C	C	
Impostazione piano dei controlli (follow-up)	I	R	C	C	
Valutazione necessità di consulenza specialistica per supporto impost. Terapeutica	C	R	C	C	
Redazione del PAI	I	R	I	I	
Impostazione strategia di controllo e Follow-up	I	R	C	C	
Promozione dell'aderenza terapeutica e sostegno educativo («patto di salute»)	R	R	C	I	
Monitoraggio periodico dei parametri secondo quanto stabilito nel PAI, prevenzione e attività di medicina di iniziativa	C	R	I	I	
Valutazione Specialistica periodica come previsto nel PAI (anche tramite televisita)	I C (se televisita)	I	R	R	

R: responsabile; C: collabora; I:informata

*Coinvolto per la gestione del paziente con CKD o qualora ritenuto necessario dallo Specialista della Bottega per ulteriori approfondimenti clinici

Paziente in Stadio III					
Attività	Infermiere	MMG	Specialista afferente alla Bottega Hub (Diabetologo, Cardiologo)	Specialista territoriale* (Diabetologo, Cardiologo, Nefrologo)	Specialista Ospedaliero (Diabetologo, Cardiologo, Nefrologo)
Inquadramento clinico preliminare del paziente	R	C			
Diagnosi nuove patologie e conferma stadiazione (stadio 3)	I	C	R	R	-
Impostazione terapia	I	C	R	R	C
Impostazione piano dei controlli (follow-up)	I	C	R	R	C
Sintesi delle attività multidisciplinari nel PAI	I	R	I	I	
Promozione dell'aderenza terapeutica e sostegno educativo «patto per la salute»	R	C	C	C	
Monitoraggio adesione PAI	C	R			
prevenzione secondaria anche tramite attività di medicina di iniziativa (Medicina Generale)	C	R	C	C	
Valutazione specialistica periodica secondo PAI (anche in televisita)	I C (se televisita)	I	R	R	C
Gestione di condizioni di complessità elevata	I	C	C	C	R
Coordinamento tra i diversi setting assistenziali	R	C	C	C	C

R: responsabile; C: collabora; I:informata

*Coinvolto per la gestione del paziente con CKD o qualora ritenuto necessario dallo Specialista della Bottega per ulteriori approfondimenti clinici



Paziente in Stadio IV

Attività	Infermiere	MMG	Specialista afferente alla Bottega Hub (Diabetologo, Cardiologo)	Specialista territoriale* (Diabetologo, Cardiologo, Nefrologo)	Specialista Ospedaliero (Diabetologo, Cardiologo, Nefrologo)
Inquadramento clinico preliminare del paziente	R	C	C	C	
Diagnosi nuove patologie e Conferma stadiazione (Stadio 4)	I	C	R	R	C
Impostazione della terapia in funzione delle diverse patologie concomitanti	I	C	C	C	R
Definizione della strategia di controllo e di follow-up più appropriata (frequenze visite e esami)	I	C	C	C	R
Definizione dello specialista tutor in funzione del quadro clinico definito	I	I	C	C	R
Sintesi dell'attività multidisciplinare nel PAI	I	R	C	C	
Promozione dell'aderenza terapeutica e sostegno educativo («patto di salute»)	R	C	C	C	C
Valutazione specialistica periodica secondo PAI (anche in televisita)	I C (se televisita)	I	C	C	R
Monitoraggio adesione PAI	C	R			
Prevenzione terziaria	C	C	C	C	R
Coordinamento dell'attività multidisciplinare	C	R	C	C	C

R: responsabile; C: collabora; I:informata

*Coinvolto per la gestione del paziente con CKD o qualora ritenuto necessario dallo Specialista della Bottega per ulteriori approfondimenti clinici

3. Modalità di diffusione e formazione

L'ASL Salerno si impegna a definire delle strategie da adottare per promuovere l'adozione e la conoscenza del PPDTA sia internamente che esternamente alle istituzioni sanitarie, in seguito alla relativa formalizzazione e pubblicazione ufficiale.

Al fine di garantire la diffusione del presente documento e quindi la sua applicazione, le attività contenute all'interno del presente documento saranno oggetto di attività formativa aziendale finalizzato a:

- Condividere le priorità di riorganizzazione dei percorsi di presa in carico del paziente secondo logiche olistiche di cura integrata grazie ai percorsi previsti all'interno del seguente PPDTA
- Condividere obiettivi e attività chiave degli Infermieri nella gestione del paziente CRM all'interno del setting della Bottega di Comunità.

Devono essere inoltre previste attività di sensibilizzazione in merito alla sindrome CRM e di promozione dei nuovi percorsi di cura organizzati in maniera dedicata alla comunità, ai pazienti ed ai caregiver al fine di promuovere la conoscenza della patologia e conseguente la compliance al trattamento anche nella popolazione pazienti.

4. Bibliografia e fonti documentali

Il seguente documento è stato inoltre realizzato in coerenza con le indicazioni del Documento “il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) per la gestione del paziente con sindrome Cardio-Renale-Metabolica (CRM)” realizzato dall’ ASL Salerno.

Di seguito il riepilogo delle linee guida scientifiche adottate come di riferimento per la stesura del documento di PPDTA:

- Linee Guida ESC 2023 “ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes” (2023)
- Linee Guida ESC "2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure" (2023)
- Linee Guida ESC 2021 "ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure" (2021)
- Linee Guida European Society of Cardiology-ESC 2019 “2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD) (2019)
- Linee Guida KDIGO 2024 “Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease (CKD)” (2024)
- Linee Guida SID-AMD 2023 “Terapia del diabete mellito di tipo 2, versione aggiornata a dicembre 2022” (2023)
- Linee Guida SID-AMD 2018 “Standard italiani per la cura del diabete mellito” (2018)

Oltre alle linee guida scientifiche sopra citata, particolare attenzione è stata posta anche all’analisi dei riferimenti normativi e dei documenti strategici di indirizzo nazionali e regionali di riferimento:

- AIFA – Determinazione n 19/2022 del 21/01/2022, AIFA. Istituzione della Nota AIFA 100 relativa alla prescrizione degli inibitori del SGLT-2i, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2 (2022)
- Aspromonte et al. (2016) Documento di consenso ANMCO/SIC. La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell’assistenza ambulatoriale (2016)
- Ministero della Salute – Decreto n.77/2022 “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” (2022)
- Ministero della Salute – Documento di indirizzo per la malattia renale cronica (2014)
- Ministero della Salute – Protocollo del 6/12/2012 “Piano sulla malattia diabetica” (2021)
- Ministero della Salute – Piano nazionale prevenzione 2020-2025 Adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni (2020)

- Ministero della Salute – Piano Nazionale Cronicità 2024 (2024)
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR 2023)
- Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 – Regione Campania

Documenti aziendali di riferimento:

- ASL Salerno – Piano Integrato di Attività e Organizzazioni (PIAO) 2023-2025
- Delibera #1588 del 26/10/2023 - Servizio di assistenza sanitaria di prossimità nell'area del Cilento Interno
- Piano Aziendale per le Attività di Educazione e Promozione della Salute 2024-2025