



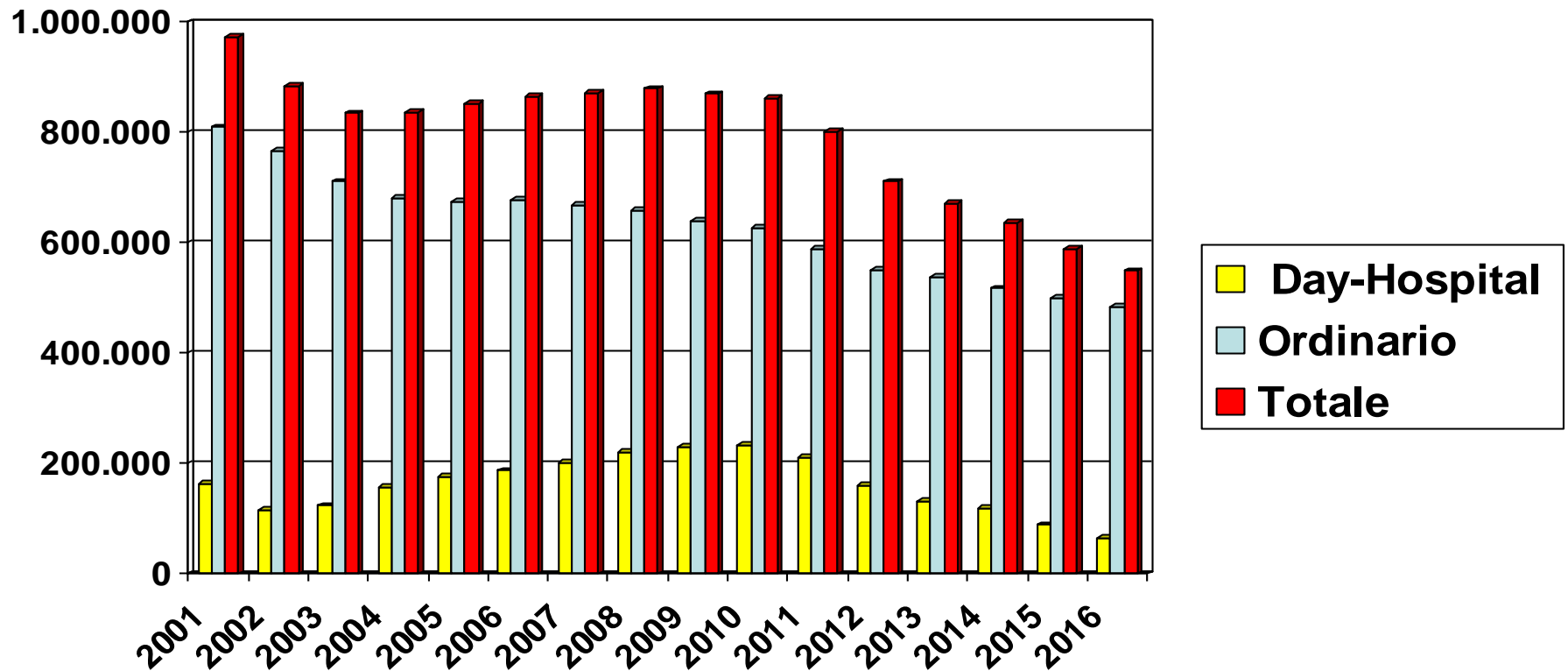
**Area di intervento
per la promozione della salute**

**Il progetto PONTE:
l'esperienza della ASL Bari**

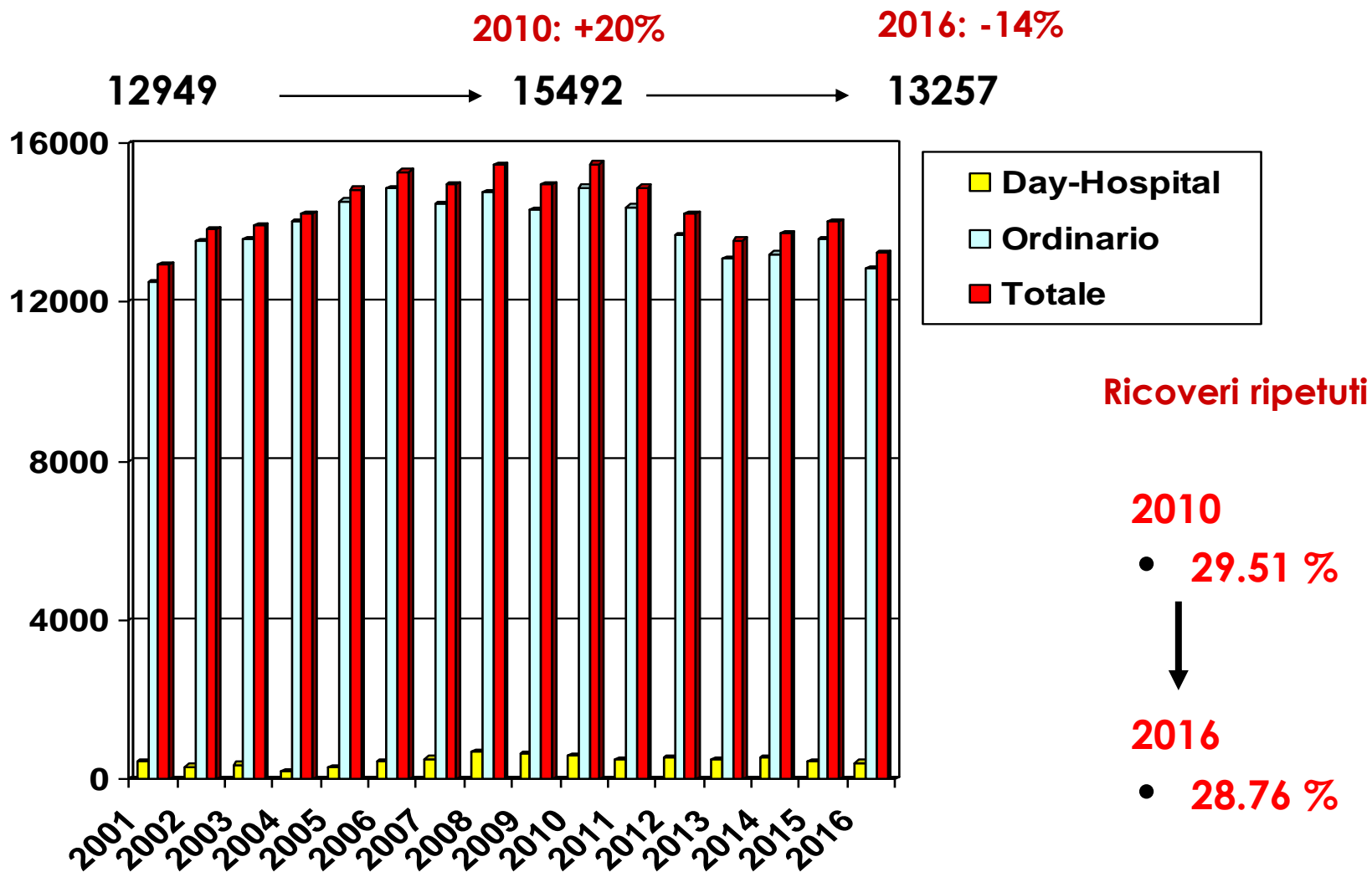
M. Iacoviello

Ricoveri totali in Puglia dal 2001 al 2010

972.822 → 549.017 = - 43.6%



DRG 127 (ordinari e DH) dal 2001 al 2016 in Puglia



La riflessione delle società scientifiche

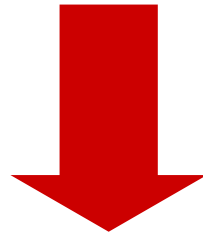


Documento di consenso ANMCO/SIC. La rete cardiologica per la cura del malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale

Nadia Aspromonte¹ (Coordinatore), Michele Massimo Gulizia² (Coordinatore),
Andrea Di Lenarda³ (Coordinatore), Andrea Mortara⁴, Ilaria Battistoni⁵, Renata De Maria⁶,
Michele Gabriele⁷, Massimo Iacoviello⁸, Alessandro Navazio⁹, Daniela Pini¹⁰, Giuseppe Di Tano¹¹,
Marco Marini⁵, Renato Pietro Ricci¹, Gianfranco Alunni¹², Donatella Radini³, Marco Metra¹³,
Francesco Romeo¹⁴

La proposta delle società scientifiche in Puglia

Necessità di elaborare ed attivare modelli organizzativi appropriati per il trattamento di questa patologia



**PROPOSTA: sistema delle
Reti Integrate dei Servizi**

Risposte assistenziali complesse ad un problema complesso: Rete integrata dei servizi

Condivisione degli obiettivi

- 📍 **l'ottimizzazione del trattamento** dei pazienti volto ad assicurare **omogeneità nella gestione dei pazienti** garantendo tutti i presidi terapeutici attualmente indicati per i pazienti e disponibili nella Regione e ad ottenere il miglioramento dello stato funzionale, della qualità di vita e della sopravvivenza dei pazienti
- 📍 **l'educazione dei pazienti** (compresa adesione e capacità di autogestione della terapia)
- 📍 follow-up personalizzato dei pazienti volto:
 - **al controllo della progressione della malattia;**
 - **all'individuazione precoce delle instabilizzazioni,**
 - **alla prevenzione ed alla riduzione delle reospedalizzazioni.**

Ambulatori dedicati

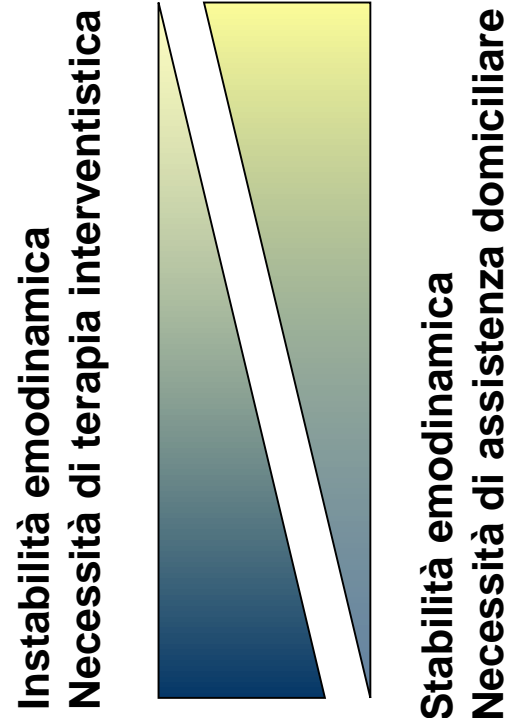
- **Completamento iter diagnostico**
- **Ottimizzazione della terapia**
- **Programma educativo (Empowerment paziente e care givers)**
- **Stratificazione prognostica e pianificazione follow-up clinico**
- **Approccio ultraspecialistico e multidisciplinare**
- **Facilitazione di accesso alle prestazioni sanitarie**
- **Individuazione precoce delle riacutizzazioni e delle loro cause favorenti**
- **Programmi di assistenza domiciliare**

La proposta delle società scientifiche in Puglia

Caratteristiche della rete dello Scompenso

1. Rete di ambulatori dedicati con offerta assistenziale differenziata

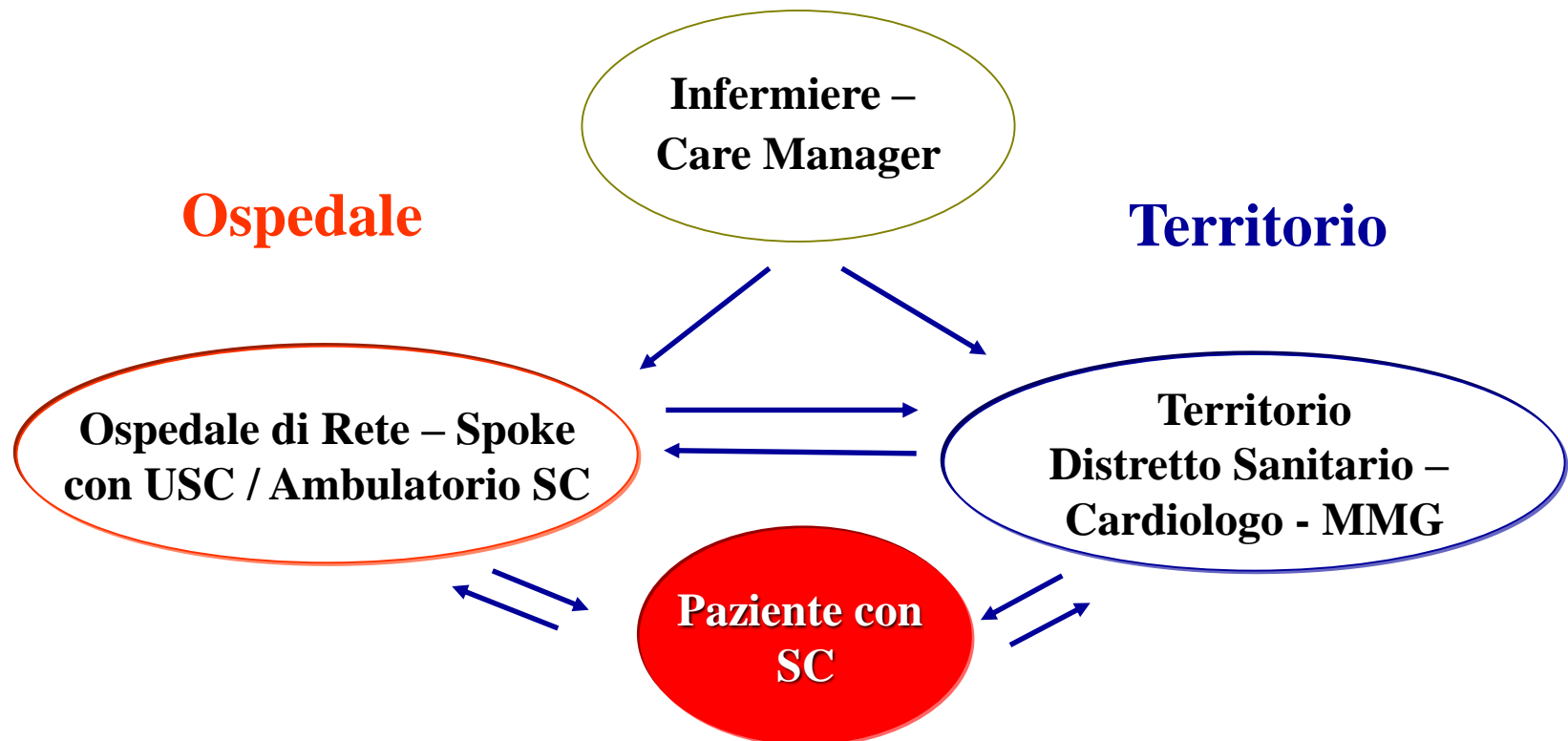
-  Territoriale
-  Ospedaliero
-  Ospedaliero Avanzato
-  Trapianto/VAD



La proposta delle società scientifiche in Puglia

Caratteristiche della rete dello Scompenso

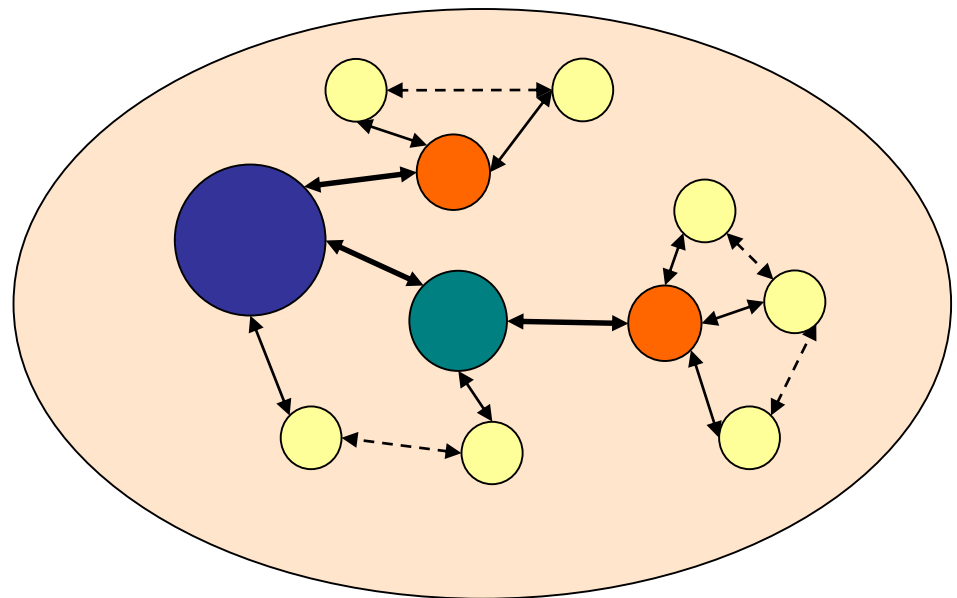
2. Stretta interazione fra ospedale e territorio



La proposta delle società scientifiche in Puglia

Caratteristiche della rete dello Scompenso

3. Rete di ambulatori dedicati con offerta assistenziale differenziata, in collegamento funzionale



La proposta delle società scientifiche in Puglia

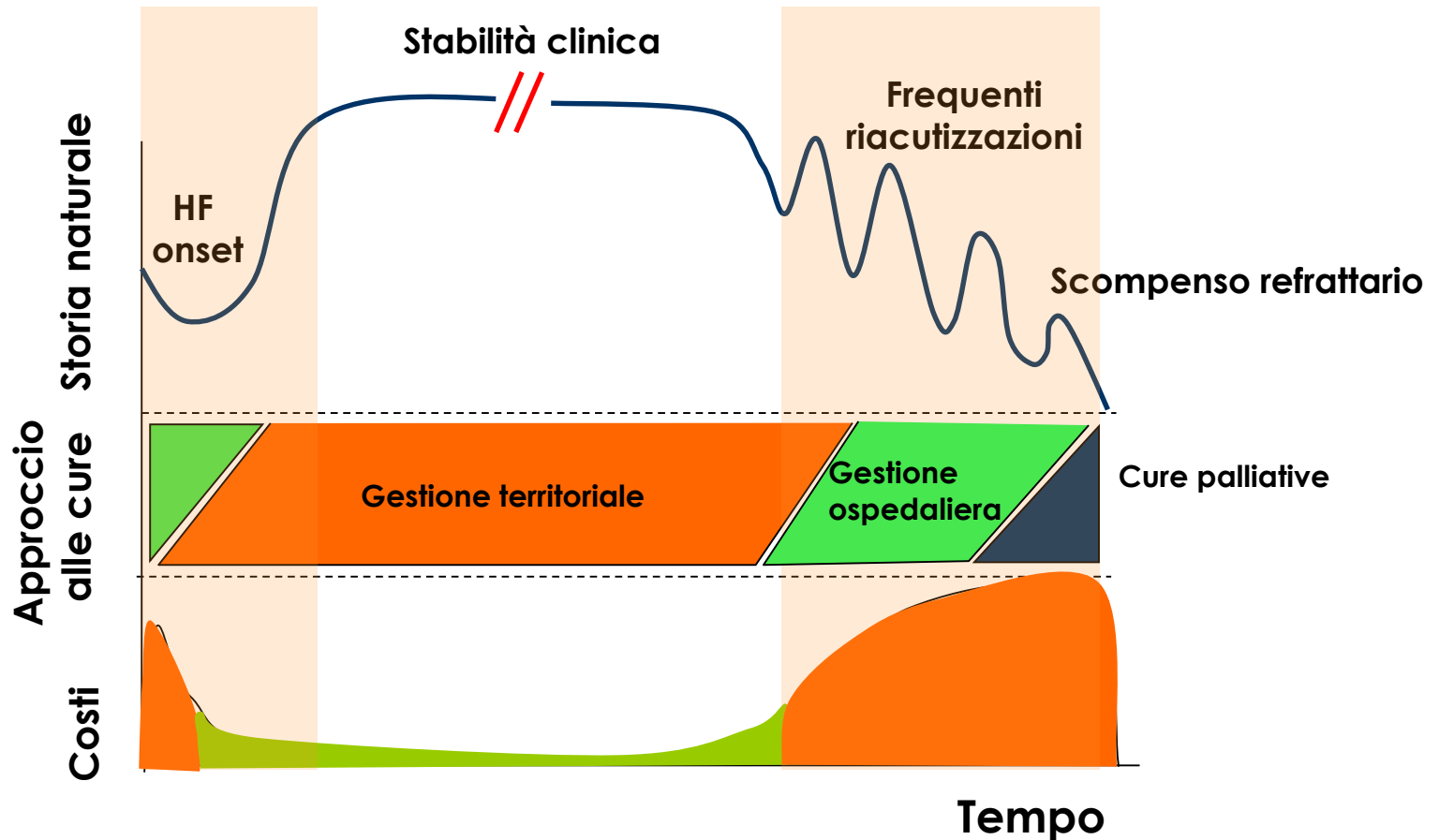
Caratteristiche della rete dello Scompenso

4. Identificazione di PDTA in base al profilo clinico del paziente

PDTA è il principale strumento operativo principale del *lavoro in rete* :

- *utile ad individuare* le sequenze degli interventi più idonei per far fronte ad una determinata patologia.
- Assistenza multidisciplinare
- Criteri per la definizione di tempi ed attività;
- Obiettivi clinici chiari e condivisi;
- Programmazione momenti educazionali dei pazienti;
- Flessibilità in rapporto alle caratteristiche individuali dei pazienti;
- Fondati sui principi della “medicina basata sulle prove”;
- Indicatori di performance.

Identificazione di PDTA in base al profilo clinico del paziente



HF: heart failure; ADHF: acute decompensated heart failure

La proposta delle società scientifiche in Puglia

Caratteristiche della rete dello Scopenso

5. Sistemi di comunicazione

- a) Registrazione on-line delle attività in corso con accessibilità da parte di tutti gli operatori coinvolti;
- b) Scambio di dati clinici e protocolli;
- c) Individuazione di un minimo set di dati obbligatori che consenta di disporre delle informazioni indispensabili per la gestione del paziente.

Piano nazionale delle cronicità

OBIETTIVI GENERALI

- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate

OBIETTIVI SPECIFICI

- Favorire la diffusione e la implementazione di linee guida e PDTA
- Ridurre la frammentazione dei percorsi
- Implementare modelli di monitoraggio della stabilità clinica del paziente nel territorio attraverso una organizzazione che tenga il più possibile a domicilio il paziente
- Migliorare la formazione del personale sanitario e non nella gestione della malattia
- Implementare l'uso della telemedicina e del controllo a distanza dei pazienti più anziani, in particolare nelle aree più disagiate
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

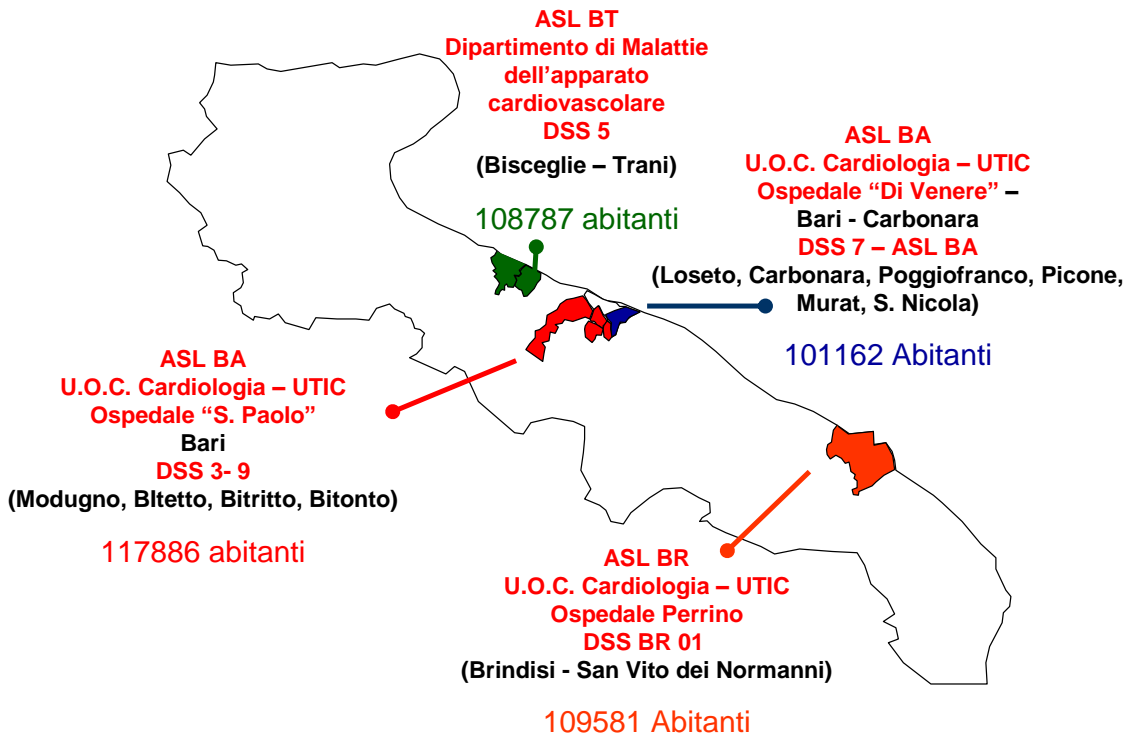
1. Favorire l'implementazione dei PDTA per i pazienti con scompenso cardiaco
2. Promuovere la diffusione di un modello organizzativo che garantisca la gestione bidirezionale integrata della persona tra il dipartimento cardiologico ospedaliero e i servizi del territorio
3. Promuovere forme di collaborazione professionale intra ed extra ospedaliere, finalizzate al miglioramento dell'assistenza, anche all'interno di ambulatori dedicati, in particolare per i pazienti con scompenso cardiaco avanzato, a più alta complessità di cura e per i portatori di dispositivi cardiaci
4. Promuovere l'adozione di forme di assistenza domiciliare e/o teleassistita (telemonitoraggio-telemedicina) per parametri vitali e/o predittori di riacutizzazione

Progetto PONTE-HF e rete degli ambulatori scompenso

- **Individuazione PDTA**
- **Realizzazione cartella ambulatoriale condivisa**
- **Individuazione ambulatori scompenso**
- **Implementazione PDTA**

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari

Progetto CCM: Percorso assistenziale per la gestione dello scompenso cardiaco cronico complesso (CUP J99H1100036001).

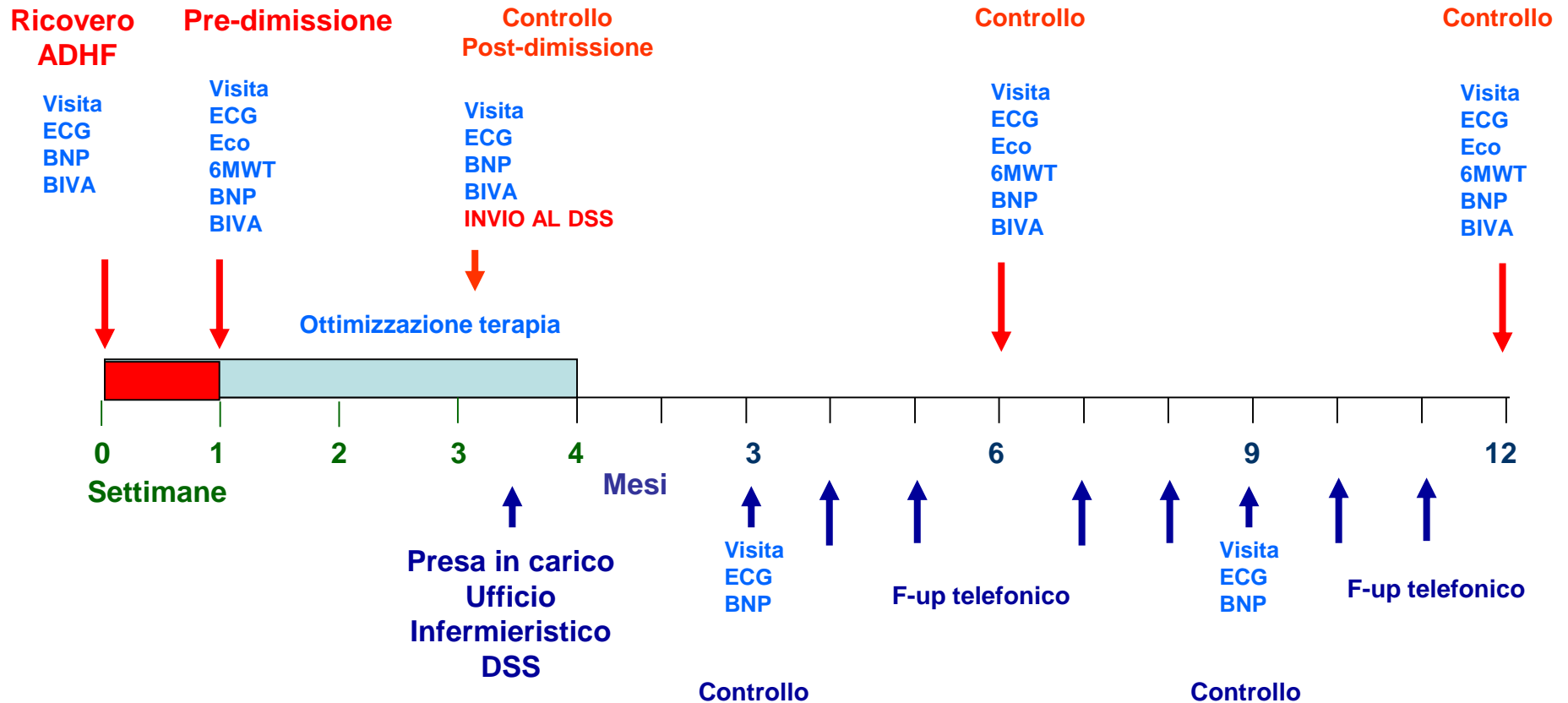


- Individuazione territori
- Elaborazione PDTA condiviso ospedale territorio
- Formazione personale
- Cartella ambulatoriale condivisa
- sperimentazione PDTA

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari

Progetto CCM: Percorso assistenziale per la gestione dello scompenso cardiaco cronico complesso (CUP J99H1100036001).

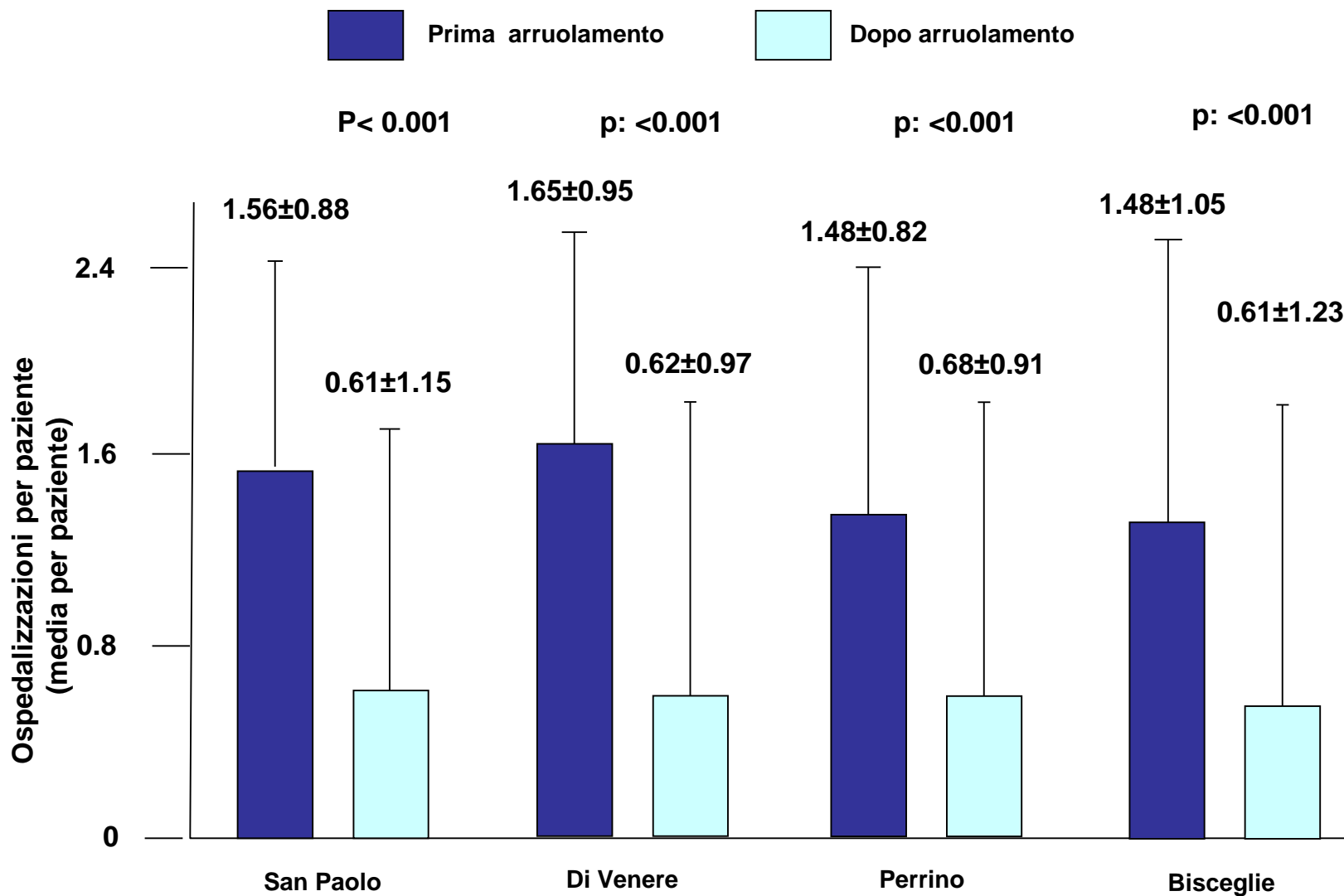
OSPEDALE



TERRITORIO

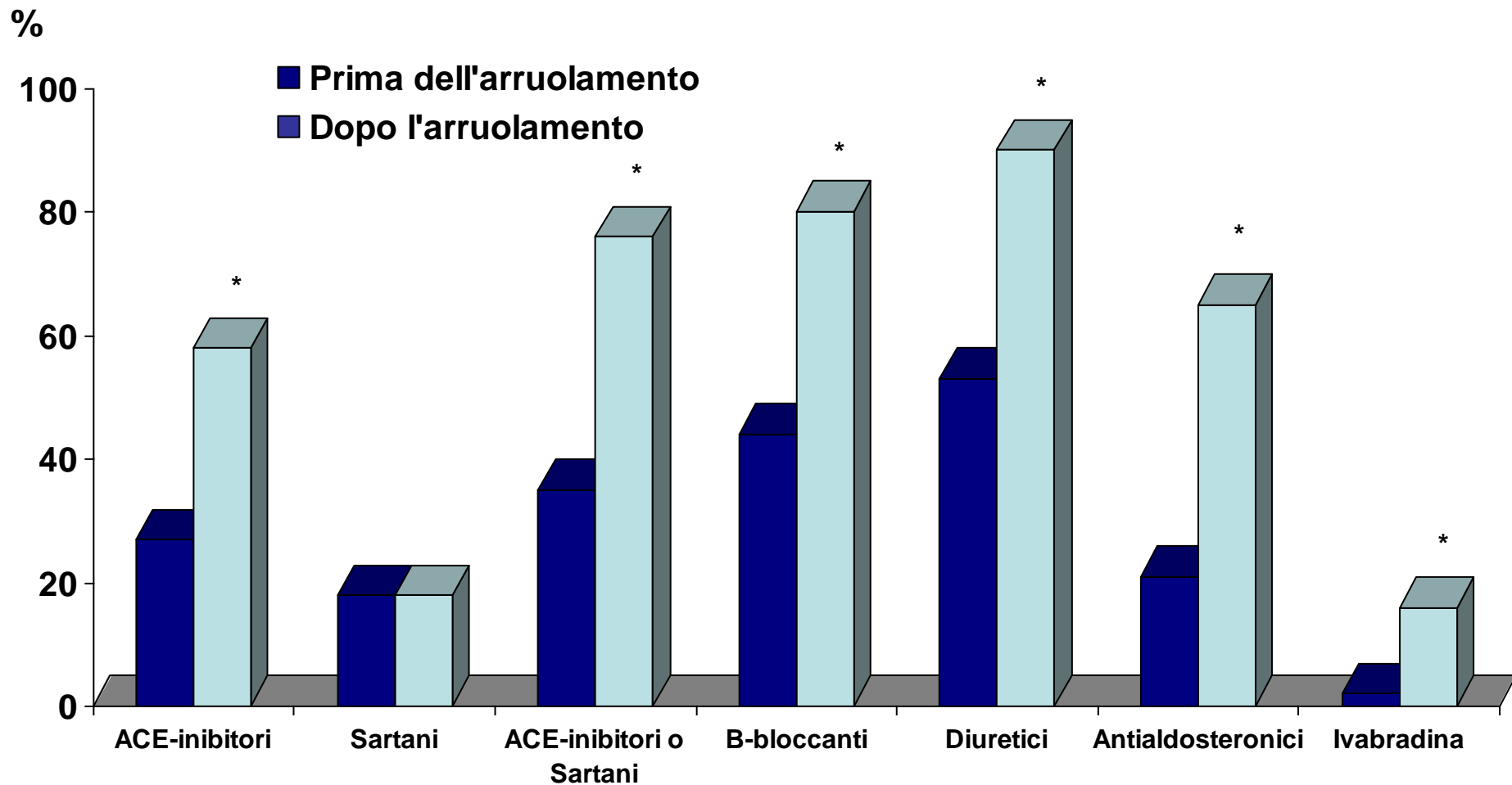
Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari

Progetto CCM: Percorso assistenziale per la gestione dello scompenso cardiaco cronico complesso (CUP J99H1100036001).



Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari

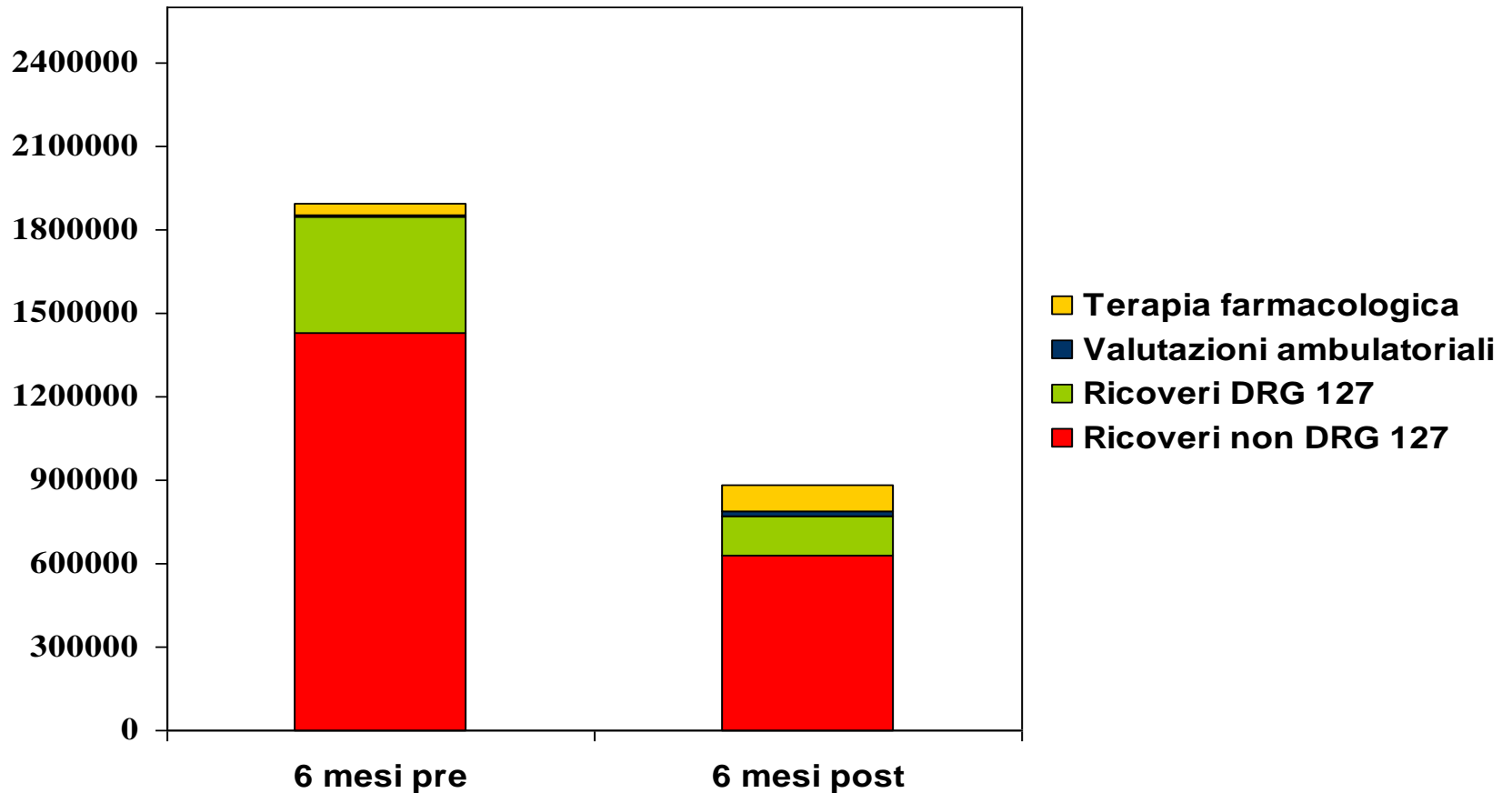
Progetto CCM: Percorso assistenziale per la gestione dello scompenso cardiaco cronico complesso (CUP J99H1100036001).



*P<0.05 vs. prima arruolamento

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari

Progetto CCM: Percorso assistenziale per la gestione dello scompenso cardiaco cronico complesso (CUP J99H1100036001).



Stima delle spese farmacologiche nei 6 mesi precedenti e seguenti l'arruolamento. Dati dei ricoveri ospedalieri riferiti unicamente ai ricoveri con DRG 127

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari



DALLA EPIDEMIOLOGIA
ALLA GESTIONE INTEGRATA
DELLO SCOMPENSO CARDIACO
CRONICO COMPLESSO

Responsabili Scientifici
PASQUALE CALDAROLA
UMBERTO RIZZO

BARI 12 LUGLIO 2016
HOTEL NICOLAUS

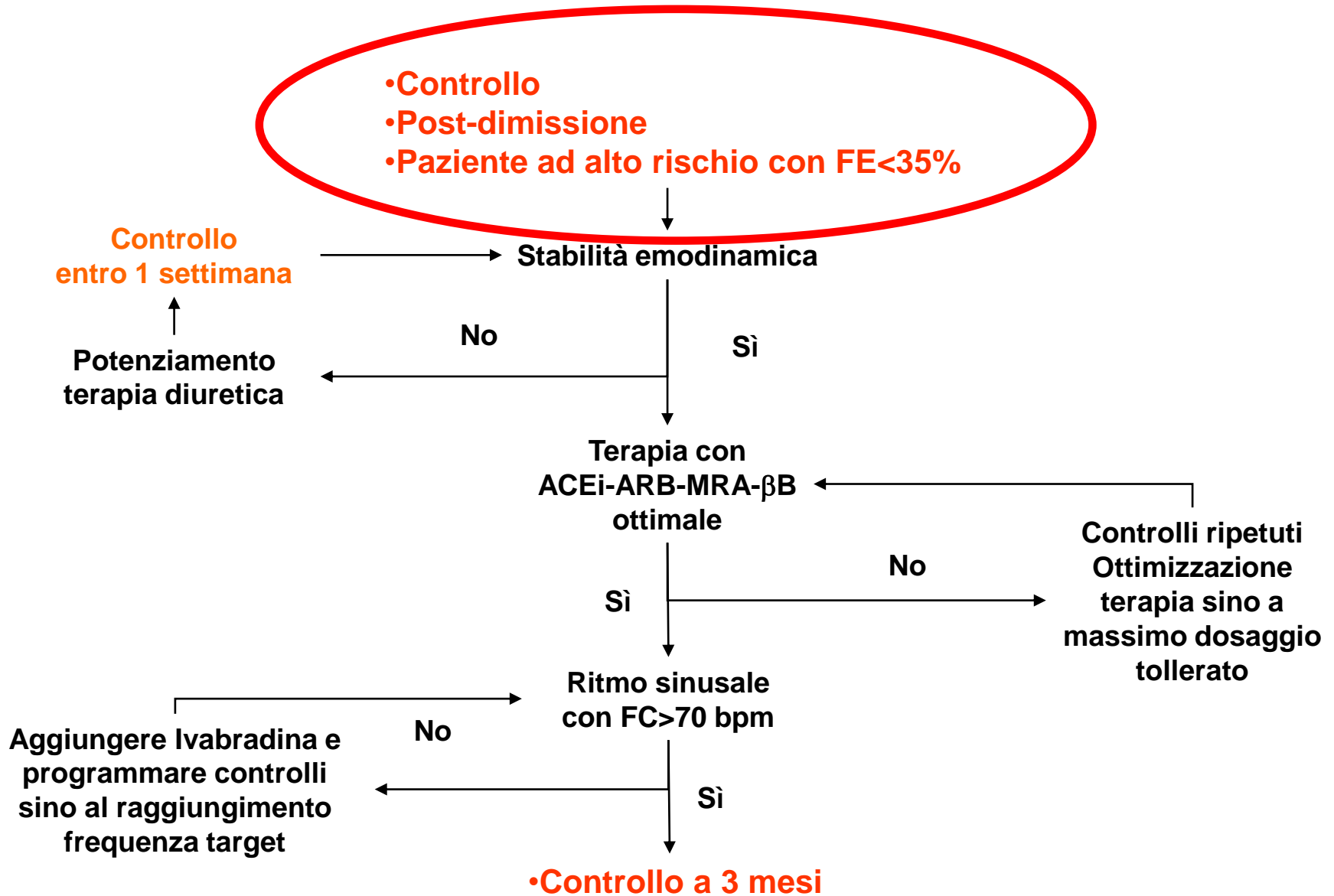


**PDTA per il trattamento multidisciplinare dei pazienti con Scompenso Cardiaco Cronico
Complesso
Bari - The Nicolaus Hotel
13 Dicembre 2016**

Identificazione di PDTA in base al profilo clinico del paziente

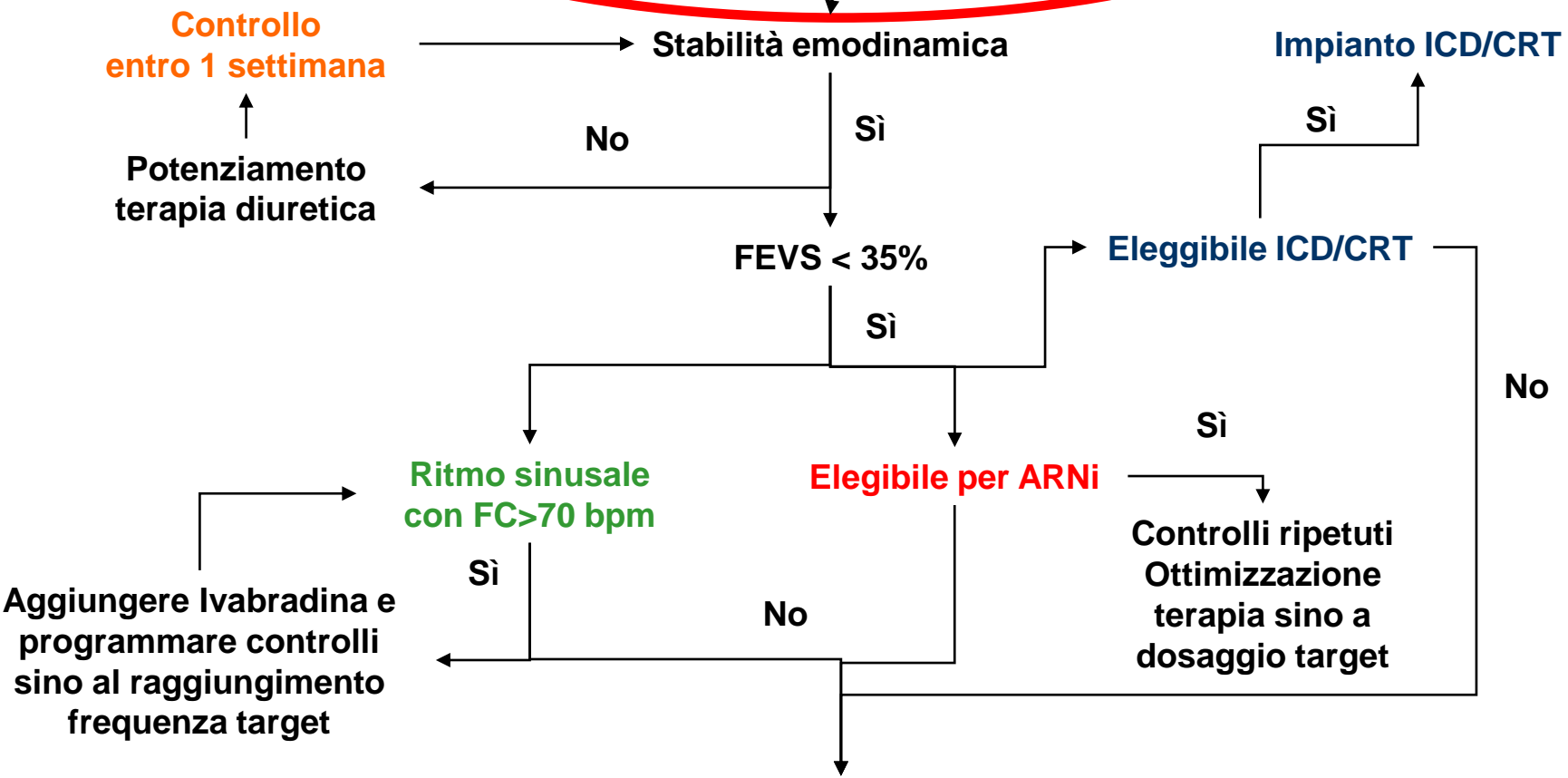
- **Paziente con a rischio di scompenso cardiaco o con disfunzione ventricolare asintomatica**
- **Il paziente con SC acuto di nuova diagnosi o instabilizzato**
- **Il paziente stabile oligo-asintomatico**
- **Il paziente con SC avanzato candidabile al trapianto cardiaco (TC) e/o all'assistenza ventricolare**
- **Il paziente anziano e/o con comorbidità**
- **Il paziente con SC terminale (cure palliative)**

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari



Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari

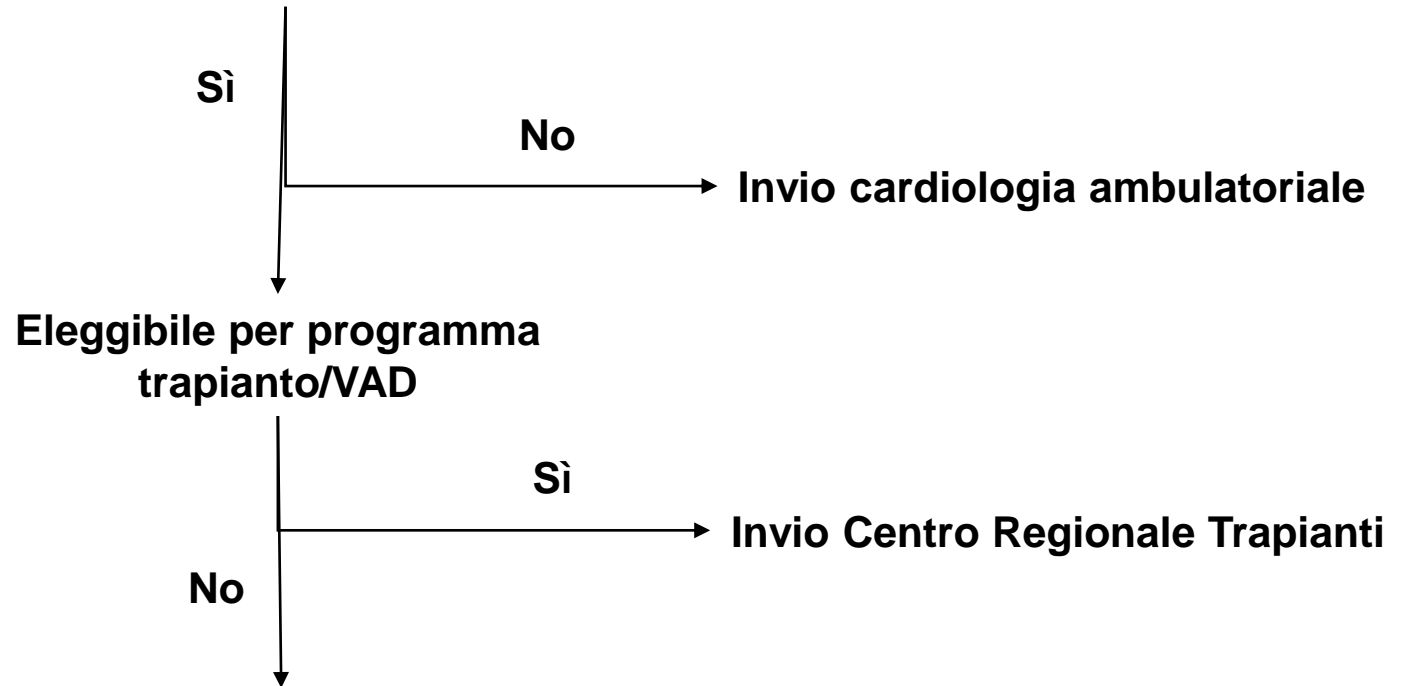
•Controllo a 3 mesi post-dimissione pz alto rischio
•Paziente FE<35%



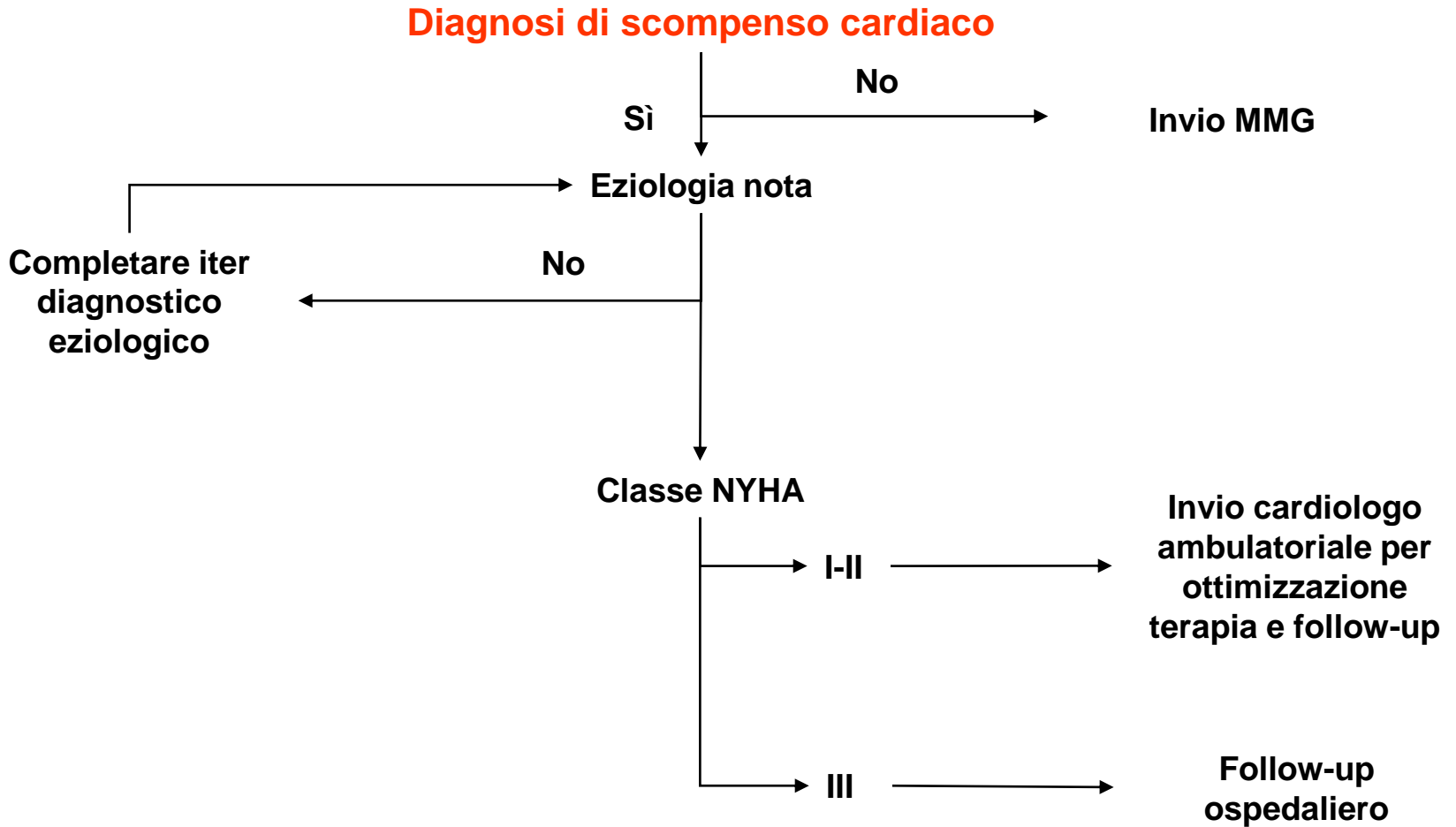
•Stratificazione del rischio

•Programmazione follow-up ospedaliero

- Classe NYHA III e/o
- FEVS<35% e/o
- Disf diast III grado e/o
- Ospedalizzazione ultimi 6 mesi



- Controllo ospedaliero
- trimestrale



Progetto PONTE-HF e rete degli ambulatori scompenso

- **Individuazione PDTA**
- **Realizzazione cartella ambulatoriale condivisa**
- **Individuazione ambulatori scompenso**
- **Implementazione PDTA**

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari



Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari

www.ascpuglia.net

APULO CARDIOVASCULAR NETWORK
PDATA PER IL FOLLOW-UP INTEGRATO OSPEDALE-TERRITORIO

Altre Imaging	Test Cardiopolmonare	Terapia Farmacologica Pressa	Terapia Farmacologica Consigliata	Eventi Intercorrenti	Relazione Clinica
Dati Anagrafici	Fattori di Rischio	Anamnesi - Comorbidità - Eventi Pregressi	Visita Cardiologica	Esami di Laboratorio	Eco Cardiogramma

Diagnosi: Frazione d'eiezione all'esordio

Familiarità

CAD Morte Improvvisa Cardiomiopatie

Fattori Di Rischio Personali

Salva Annulla

Ingr. Ospedale

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari



Cari Collega,
in data schema, ho visitato [REDACTED] 63, nell'ambito del progetto PONTE-Inf Puglia,
dedicato al follow-up dei pazienti affetti da Scompenso Cardiaco.

Anamnesi

Paziente iperteso/ipercolesterolemico, iperteso ad ex-funatore. Il paziente è stato forte bevitore fino a 1 anno fa di circa 2 litri di vino al giorno per cui ha effettuato diversi controlli gastroenterologici uno dei quali in data 05/01/06 concludeva con diagnosi di: epatopatia alcolica con recente pousse di probabile etiologia mista (Alcol? Atossici? Stasi cardiogenica?) in soggetto con pregresse abitudini etiliche e sospetta malattia da accumulo di ferro. CMD con disfunzione ventricolare sinistra di grado severo in attuale compensazione. In data 05/05/08 il paziente ha lamentato dolore precordiale insediato in sede scapolare bilaterale e ad entità di arti superiori, associate a profusa sudorazione, insorte e riprese a riprese spontaneamente. Per la comparsa della medesima sintomatologia, associata ad intensa dispnea, in data 07/09/08 il paziente è stato ricoverato presso S.U.O. Cardiologia Universitaria di Foggia con diagnosi di: Scompenso cardiaco acuto in soggetto con cardiomiopatia dilatativa verosimilmente alcolica. Severa compromissione della funzione VS, trombi endoventricolare sinistra. Aritmia extrasistolica complessa. Piccolo broncopneumico. Epatopatia alcolica. Si consiglia, inoltre, l'esecuzione di un'indagine coronarografica. In data 10/10/08 per la comparsa di iterro-egravescenza, riduzione dell'appetito e contrazione della diuresi si è ricoverato presso la Medicina Interna Ospedaliera di Foggia con diagnosi di: Grava epatite acuta tossica (alcolica) cirrotica e necrotizzante in pz con fegato da stasi. CMD verosimilmente post ischemica con severa compromissione della funzione VS, insufficienza mitralica e tricuspoidica di grado moderato. BPCO enfisematosa. Seppi dalle vie aeree da Enterococci Faecium. In data 10/01/07 per la comparsa di insufficienza respiratoria il paziente si è ricoverato nuovamente presso la Medicina Interna di Foggia con seguente diagnosi di: BPCO riacutizzata da Str. Pneumoniae. Epatopatia cronica in pz con pregresse abitudini etiliche e sospetta aneurisma (in corso esame itologico). CMD con severa compromissione della funzione sistolica globale del VS. Insufficienza mitralica e tricuspoidica di grado moderato. Dalcipdemia mista. In data 06/09/2007 il paziente si è ricoverato presso questa U.O. con diagnosi di: Impianto di defibrillatore automatico biventricolare. Insufficienza cardiaca cronica. Cardiomiopatia dilatativa non ischemica. Disfunzione ventricolare sinistra (FE 20%). Tachicardia ventricolare non sostenuta. Epatopatia alcolica. BPCO. Ipertensione arteriosa. Ipertrofia cardiaca. Dalla dimissione si è sottoposto a periodici controlli cardiologici presso questa U.O., in occasione dei quali si osservava stabilità del quadro clinico e si titolare la posologia del bisoprololo a 10 mg/die. Dal 2009 non si è più sottoposto a controlli sino all'ottobre 2013. In data 05.08.2011 è stato dimesso da questa UO dopo sostituzione di defibrillatore automatico biventricolare per esaurimento della batteria. Durante degenza FEVS 35%. alla dimissione è stata consigliata sospensione del carvedilolo ed inizio terapie con rosuvastatina ed omega 3 polenici. In occasione dell'ultimo controllo cardiologico eseguito in data 11.10.2014 si consiglia di ridare l'itronina 10 mcg ad 1 compressa la mattina alle 7 e lunedì, mercoledì, giovedì, sabato e domenica, 1/2 compressa alle ore 7 e martedì e venerdì.

Visita Cardiologica

Il paziente riferisce lieve accentuazione della dispnea che avverte per sforzi lievi-moderati, nega angor, cardiopalmi, pectus. Buoni controlli della PA. E.O.: Paziente apertotico. P.A.: 160/90 mmHg. Peso: 83 kg. Obiettività cardiaca: Tono mitrali, di normale intensità. Soffio sistolico di 2/5 di intensità sui focoli della base. Obiettività polmonare: Mi diffuso, ridotto alle basi, rugginente a sinistra. Edemi declivi: assenti.

Elettrocardiogramma

Ritmo elettrocondotto da PM funzionante in modalità DDD a 60 bpm.

EcoCardiogramma

Mirale: limbo spesso, non staccato. Aorta: cuspidi firmemente calcifiche. Atrio sinistro: dilatato. Ventricolo sinistro: cavità lievemente dilatata; pareti ipocombate. Dodicesimo dal setto secondario ad elettroventricolo. Cuore destro: ventricolo destro di normali dimensioni, atrio destro di normali dimensioni. Vena cava inferiore di normale diametro. Presenza di catetere in atrio e ventricolo destro. Pericardio: non segni di versamento pericardico. Doppie: Inversione del rapporto E/A; rigurgito mitralico lieve-medio. Rigurgito tricuspoidico lieve. Rigurgito polmonare minimo. Misure velocimetriche: pressione sistolica in ventricolo destro: 40 mm Hg. Misure morfometriche: diametro telediastolico del ventricolo sinistro: 57 mm; spessore del setto interventricolare: 11 mm; diametro del tratto di efflusso del ventricolo destro: 26 mm; diametro del tratto di efflusso del ventricolo destro: 32mm; diametro antero-posteriore dell'atrio sinistro: 42 mm; diametro della radice aortica: 30 mm. TAPSE: 20 mm. FEVS: 36%.

Parametri Rilevati:

HR: 100;
FC: 60;
NYHA: II;
EF: 36.

Terapia consigliata:

Bisoprololo 10 mg 1 cp ore 8 ;
Irbesartan 150 mg 1/2 cp ore 8-20 ;
Furosemide 25 mg 1 cp ore 8-16 ;
Ivabradina: 5 mg 1/2 cp ore 8-20 ;
Warfarni: sec. schema ;
PPI: Lansoprazolo 30 mg 1 cp ore 8 ;
Antiaritmici: Amiodarone 200 mg 1 cp dal lun al ven ;
Statini: Rosuvastatina 10 mg 1 cp ore 20 ;

Conclusioni

Scompenso cardiaco cronico, Classe NYHA II. Cardiomiopatia dilatativa non ischemica. Disfunzione ventricolare sinistra (F.E. 36%). Cardiovertitore defibrillatore biventricolare. Ipertensione arteriosa. Dalcipdemia. Epatopatia alcolica. BPCO. Insufficienza renale cronica. Ipotiroidismo.

Il prossimo controllo cardiologico avverrà il 11/01/2017, presso il O in e potrà contattarsi la

Grazie per la collaborazione.

Data: 11/10/2016

Il Medico
Dott. Massimo Jacoviello

Stampa lettera Invi a MMG / Cardiologo Chiudi

Progetto PONTE-HF e rete degli ambulatori scompenso

- **Individuazione PDTA**
- **Realizzazione cartella ambulatoriale condivisa**
- **Individuazione ambulatori scompenso**
- **Implementazione PDTA**

Progetto PONTE

UOC Cardiologia Ospedale San Paolo

- Dott. V. Donadeo
- Dott.ssa L. De Gennaro
- Dott. P. Caldarola

Distretto Socio Sanitario 9 ASL BA

- Dott. E. Antoncecchi

UOC Cardiologia Universitaria

Policlinico Bari

- Dott. M. Iacoviello
- Prof. S. Favale

UOC Cardiologia Fondazione S.

Maugeri Cassano delle Murge

- Dott. A. Passantino
- Dott. R. Lagioia

UOC Cardiologia Ospedale Bisceglie

- Dott.ssa M. Panunzio
- Dott. G. Modugno
- Dott. G. De Luca

UOC Cardiologia Ospedale Altamura

- Dott.ssa A. Puzzovivo
- Dott. F. Massari

UOC Cardiologia Ospedali Riuniti di Foggia

- Dott. M. Correale
- Prof. M. Di Biase

Distretto socio sanitario 1 ASL BR

- Dott. S. Pede

UOC Cardiologia Copertino

- Dott. F. Monitillo
- Dott. A. Amico

L'esperienza della regione Puglia

Progetto PONTE



📍 Implementazione PDTA

- Paziente oligosintomatico
- Paziente con scompenso avanzato
- Paziente con riacutizzazione di scompenso

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari

	Ponte HF	Progetto CCM	IN-HF	Euro-survey
- Numero	282	226	3755	3226
- Età (anni)	65±14	73±12	69±12	66±13
- Sesso (M, %)	77	57	76	70.3
- Diagnosi				
Ischemica (%)	40	46	46	40.5
Non ischemica (%)	60	54	54	59.5
- Ipertensione arteriosa (%)	63	71	43	58.3
- Diabete mellito (%)	41	31	30	29
- Dislipidemia	38	48	-	-
- Fumo di sigarette	19	-	-	-
- BPCO	20	35	21	15.1
- Malattia renale cronica	29	25	21	18.5
- Anemia	29	-	-	28.8

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari

	Ponte HF	IN-HF	Euro-Heart survey
- Betabloccante	87	68	92.7
- Dose target >50%	35	-	-
- ACE-inibitori	51		68.8
- Sartani	30	79	21.6
- ARNi	5		-
- Diuretici	100	94	-
- Dose/die	99±122	-	-
- Antialdosteronici	67	37	67
- Ivabradina	16	-	-
- ICD	82	19	13.3
- CRT	19	9	9.8

PONTE-HF

Possibili sviluppi

- Validazione di un modello di gestione della cronicità
- Verifica indicatori di processo e di esito
- Ampliamento dei centri partecipanti ed estensione della rete nel territorio regionale
- Ulteriore sviluppo del software
- Sviluppo settori di ricerca

Criticità

- Istituzione di un governo della rete

PONTE-HF

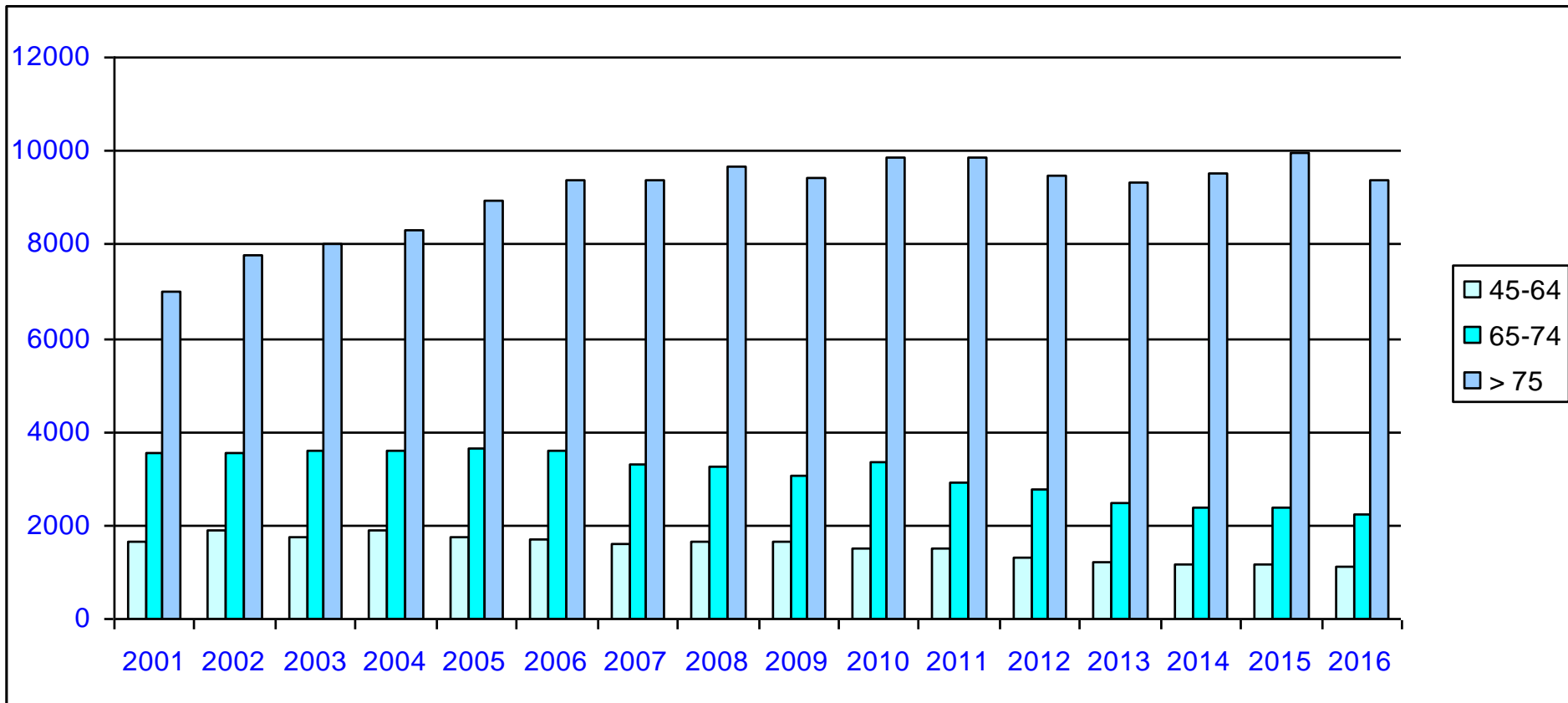
Possibili sviluppi

- Validazione di un modello di gestione della cronicità
- Verifica indicatori di processo e di esito
- Ampliamento dei centri partecipanti ed estensione della rete nel territorio regionale
- Ulteriore sviluppo del software
- Sviluppo settori di ricerca

Criticità

- Istituzione di un governo della rete
- PDTA pazienti acuti
- PDTA pazienti terminali e fragili

DRG 127 (ricoveri ordinari) suddivisi per età



PONTE-HF

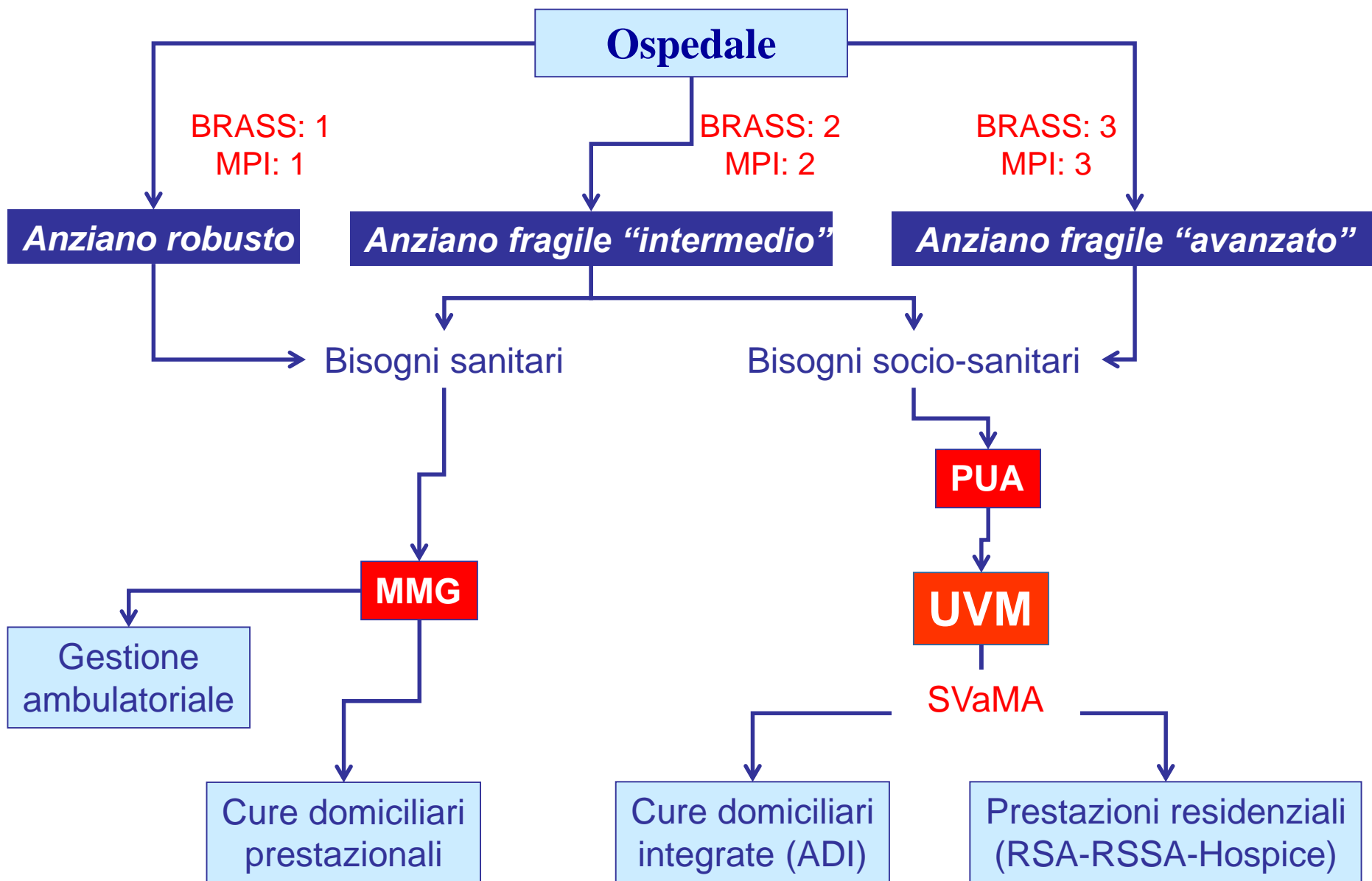
Possibili sviluppi

- Validazione di un modello di gestione della cronicità
- Verifica indicatori di processo e di esito
- Ampliamento dei centri partecipanti ed estensione della rete nel territorio regionale
- Ulteriore sviluppo del software
- Sviluppo settori di ricerca

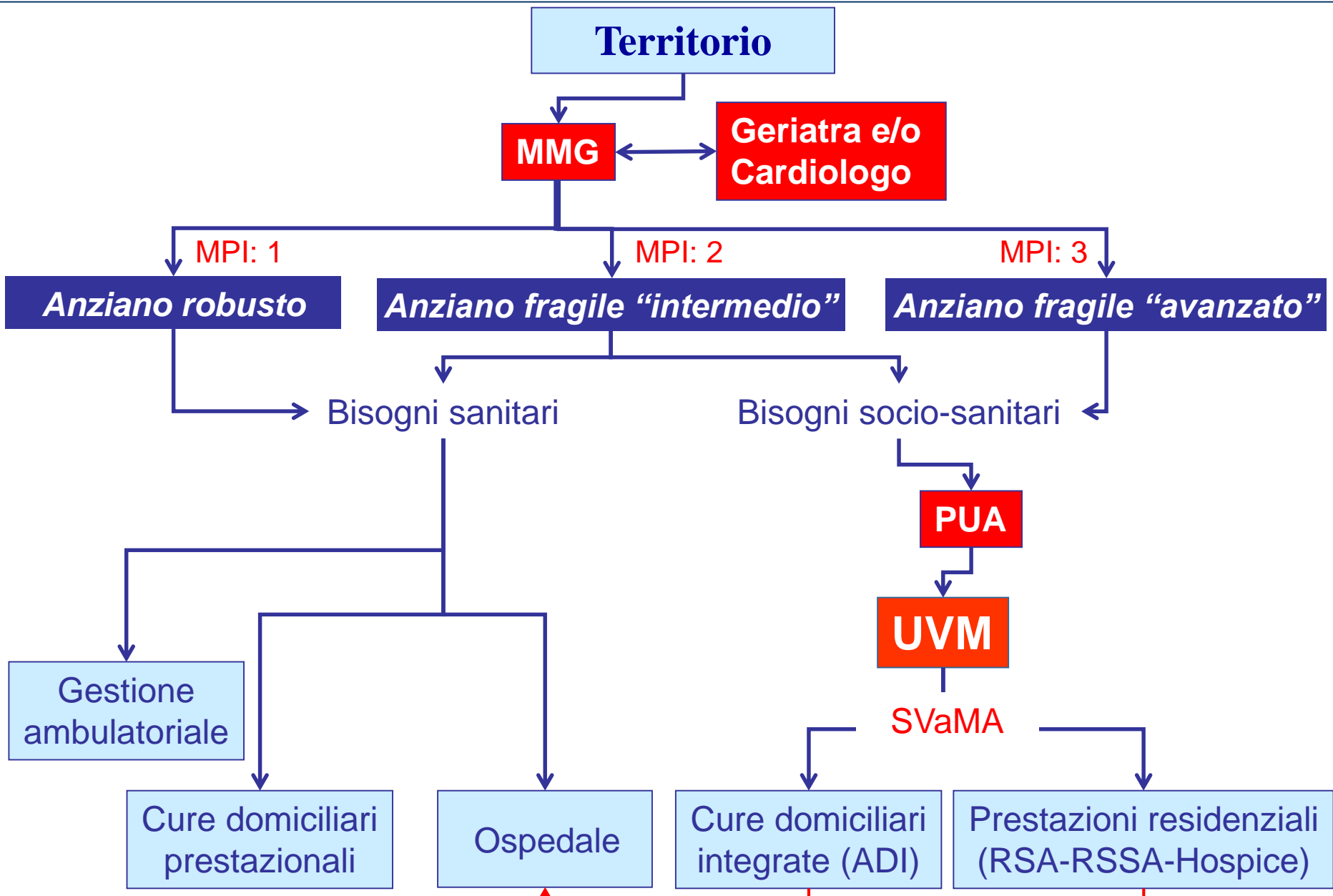
Criticità

- Istituzione di un governo della rete
- PDTA pazienti acuti
- PDTA pazienti terminali e fragili
- Gestione comorbilità
- Integrazione con telemedicina
- Condivisione dati clinici con i diversi sistemi/software

Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari



Il progetto PONTE: l'esperienza della ASL Bari



Conclusioni

- **Anche in Puglia l'epidemiologia dello scompenso cardiaco ed il conseguente impatto socio-economico sono particolarmente rilevanti**
- **Da anni le sezioni pugliesi delle società scientifiche cardiologiche ed, in particolare, dell'ANMCO, hanno avviato una riflessione sulle possibili risposte assistenziali più adeguate per migliorare la gestione dello scompenso cardiaco**
- **La realizzazione di una rete integrata delle cure appare e l'individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici differenziati in base al profilo clinico, già in parte validati, appaiono le soluzioni più efficaci da adottare per ottenere questo scopo. Il progetto PONTE-HF è il primo passo per il raggiungimento di questo obiettivo.**

Territoriale

- **Livello** Territoriale o Ospedaliero
- **Definizione** Struttura territoriale o ospedaliera **con competenza nella gestione di pazienti stabili con SC**
- Pazienti stabili già sottoposti a stratificazione del rischio e ad eventuale ricerca eziologica o per i quali comunque sia stato definito chiuso o in corso l'iter diagnostico-terapeutico
- **Dotazioni:** Sfigmomanometro, Elettrocardiografo, Saturimetro, Bilancia; strumentazione ecocardiografica auspicabile, per la possibilità di obiettivare la disfunzione cardiaca
- **Attività minima (volumi)** Agenda e/o giornate dedicate per pazienti affetti da SC
- **Personale** almeno un medico dedicato all'attività supportato da un infermiere
- **Prestazioni** consulenza e presa in carico per l'ottimizzazione della terapia farmacologica, la verifica della stabilità e il riferimento a strutture di II o III livello
- **Attività infermieristica:** Monitoraggio del paziente, Valutazione dell'aderenza terapeutica, Counseling, Piano personalizzato di assistenza.



Ospedaliero

•Livello Ospedaliero

•**Definizione** Gli ambulatori di II livello sono collocati in Ospedali dotati di strutture cardiologiche e degenza ordinaria e/o UTIC e/o cardiologia riabilitativa

•**Requisiti strutturali** rispondenti alle normative regionali per l'accreditamento delle Strutture eroganti procedure **specialistiche** diagnostico-terapeutiche ambulatoriali

•**Dotazioni:** Sfigmomanometro, Elettrocardiografo, Saturimetro, Bilancia, Ecocardiografo, ECG Holter, defibrillatore, carrello per l'esecuzione di prelievi e medicazioni

•**Attività minima** Agenda riservata, almeno una seduta settimanale dedicata, volume minimo 200 visite per anno

•**Personale** coordinatore specialista cardiologo con specifica competenza nella gestione del paziente con SC; auspicabile coinvolgimento, in un team multidisciplinare, di altre professionalità mediche quali internista o geriatra, supportato da un infermiere

•**Prestazioni** Consulenza e presa in carico per la conferma della diagnosi di SC, la stratificazione del rischio, l'ottimizzazione della terapia farmacologica, il riferimento a strutture per l'avanzato ove appropriato per la complessità gestionale del singolo paziente, supporto alle strutture dedicate alla cura di pazienti con necessità di gestione domiciliare (valutazioni diagnostiche e/o telemonitoraggio); collaborazione alla creazione di percorsi intraospedalieri condivisi (criteri appropriatezza di ricovero in UTIC/degenza ordinaria/cure intermedie/reti di cure palliative), attività di educazionale e prevenzione delle instabilizzazioni

•**Tipologia del paziente eleggibile** Pazienti con SC di nuova insorgenza e/o recentemente instabilizzato da sottoporre a stratificazione del rischio e/o ricerca eziologica o per i quali sia aperto l'iter diagnostico-terapeutico. Possono essere seguiti pazienti stabili a minore complessità afferiti al centro per l'ingresso alla rete.

	Ponte HF	IN-HF	Euro Heart Survey
- BMI	27±7	27±4	28±5
- Pressione arteriosa sistolica (mm Hg)	120±20	126±19	125±20
- Pressione arteriosa diastolica (mm Hg)	74±12	-	-
- FA (%)	25	30	38.6
- Frequenza cardiaca (bpm)	69±11	70	72±14
- Classe NYHA	2.33±0.71	-	-
- Hb (g/dl)	13.1±1.9	13.3±1.7	-
- Creatininemia (mg/dl)	1.29±0.55	1.2	-
- Sodio (mEq/l)	138.7±2.9	-	-
- BNP (pg/ml)	377±266	372	-
- NT-proBNP (pg/ml)	2453±3259	1041	-
- SIVd (mm)	11±3	-	-
- FE (%)	36±11	38±11	-