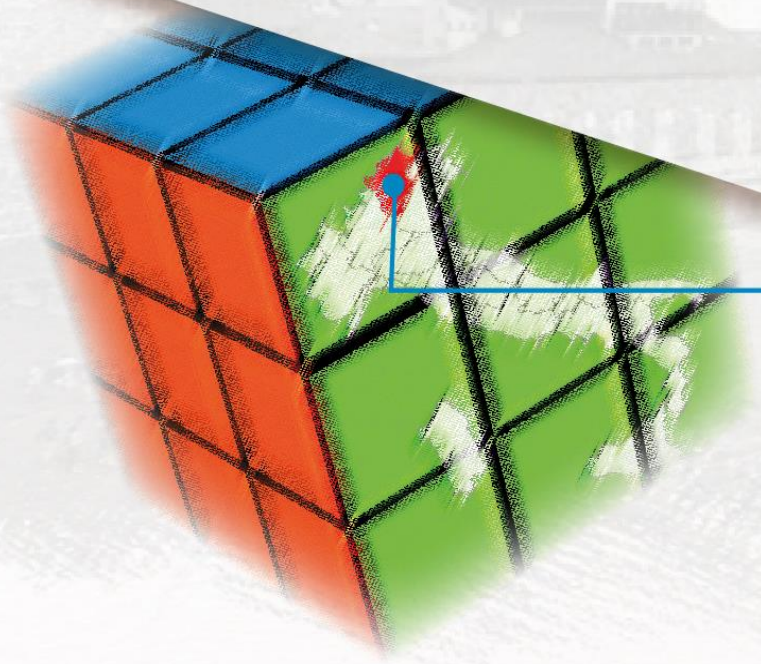
XX° CONGRESSO NAZIONALE CARD

CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

IL DISTRETTO E (è) LA SALUTE DI COMUNITÀ

NELLA CURA, CON APPROPRIATEZZA E CONTINUITÀ



TRENTO

13-14-15
OTTOBRE 2022
Grand Hotel Trento

Protocollo operativo per una *gestione condivisa del paziente con Cirrosi epatica tra Ospedale e Territorio:*

una iniziativa nata dai professionisti

Dr.ssa Laura Tattini
Coordinatore Sanitario Servizi Territoriali Zona distretto
AUSL Toscana Centro

CONGRESSO CARD NAZIONALE

IMPATTO CLINICO ASSISTENZIALE

Circa 30-60 casi di cirrosi per 100.000 abitanti/anno, corrispondenti ad un totale di 26.000 nuovi casi per anno

Fonte dati ER

Ogni anno circa l'8% muore a causa di questa malattia

Fadoi

La mortalità per cirrosi è di 34 casi ogni 100.000 abitanti, ampiamente superiore a quella di altri paesi industrializzati, quali Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone (7-8 decessi per 100.000 abitanti).

Fonte dati ER

Circa 200 mila persone convivono con la Cirrosi Epatica

Fadoi

In Italia le malattie croniche interessano circa il 40% della popolazione

IMPATTO CLINICO ASSISTENZIALE

Circa lo 0,1% della popolazione europea è affetta da cirrosi epatica, corrispondenti a circa 14-26 nuovi casi per 100.000 abitanti, con una stima di 170.000 morti l'anno.

Le malattie croniche rappresentano la principale causa di morte in quasi tutto il mondo, mentre in Europa si stima una spesa sanitaria intorno ai 700 miliardi di euro annui e sono la causa di circa l'86% dei decessi.

IMPATTO CLINICO ASSISTENZIALE

La Cirrosi epatica può essere provocata da Virus (epatite B e C), da Abuso di Alcol o da problemi metabolici.

Secondo uno studio pubblicato su THE LANCET,

la Cirrosi rappresenta VIII causa di MORTE con una mortalità aumentata del 45% negli ultimi 20 anni.

Negli individui che presentano cirrosi, circa il 30-45% mostra segni di una Encefalopatia conclamata, condizione a cui si giunge quando la compromissione del fegato è così importante da influire in maniera estremamente negativa sulle funzioni cerebrali.

Molte malattie croniche di fegato sono oggi controllabili o curabili e la **progressione** in cirrosi può essere efficacemente ritardata o **bloccata**.

Anche in presenza di cirrosi epatica, la malattia può essere **controllata** e le **complicanze** possono essere sia **prevenute** sia gestite per lungo tempo.

Alla fine del 2021 nasce l'esigenza di un **confronto multiprofessionale** che ha avuto per oggetto la stesura di **un *documento di consenso*** che si inserisce nell'ambito delle iniziative previste per la realizzazione del Piano Nazionale Cronicità (PNC) approvato nel 2016 e si possa calare nella realtà socio-sanitaria della Regione Toscana.

Nasce un tavolo di lavoro Regionale composto da rappresentanti di Esperti Clinici e Specialisti, della Medicina Generale, delle Direzioni Sanitarie Aziendali, delle Direzioni Dei Distretti, della Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD), della Associazione Direzioni Mediche di Presidio (ANMDO), della Assistenza Infermieristica, dell'Associazionismo dei pazienti e del Governo Clinico Regionale OTGC.

La premessa è identificare per tempo il paziente con cirrosi epatica

La finalità è stabilire:

- **le modalità di Presa In Carico (PIC) e gestione condivisa del paziente cirrotico che può avvenire in ogni fase**
- **la collaborazione tra MMG, specialista epatologo, specialista di altre branche interessate, in ambito sia ambulatoriale sia ospedaliero, infermieri e altri operatori sanitari,**
- **l'individuazione dei ruoli e dei compiti (chi fa che cosa, come e quando)**
- **Il corretto utilizzo delle risorse**

La stesura di un Percorso Assistenziale complessivo (PDTA) del paziente con cirrosi epatica, procede dalla storia naturale della malattia, si articola negli specifici Piani Assistenziali Individuali (PAI), attraverso fasi di passaggio e interconnessione tra operatori e informazioni, assicurando così **l'appropriatezza diagnostico-terapeutica, l'aderenza terapeutica, lo sviluppo dell'*empowerment* o health literacy del paziente e dei *caregiver*, *il mantenimento più a lungo di una buona qualità di vita***

Mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e ridurre il più possibile il rischio di istituzionalizzazione

obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità come indicato dal Piano Nazionale Cronicità;

Identificare e pianificare il percorso diagnostico e terapeutico (PDTA) più appropriato (PAI) per le diverse FASI dell'andamento della malattia;

Definire **gli ambiti di competenza e di condivisione**, propri delle strutture ospedaliere e della realtà assistenziale del territorio, nella gestione pratica del paziente affetto da cirrosi epatica;

Indicare le modalità operative integrate dell'assistenza al paziente con cirrosi epatica nei diversi contesti clinici, nei diversi ambiti di competenza e nei diversi setting;

Condividere in maniera uniforme le modalità diagnostiche, terapeutiche e di follow up;

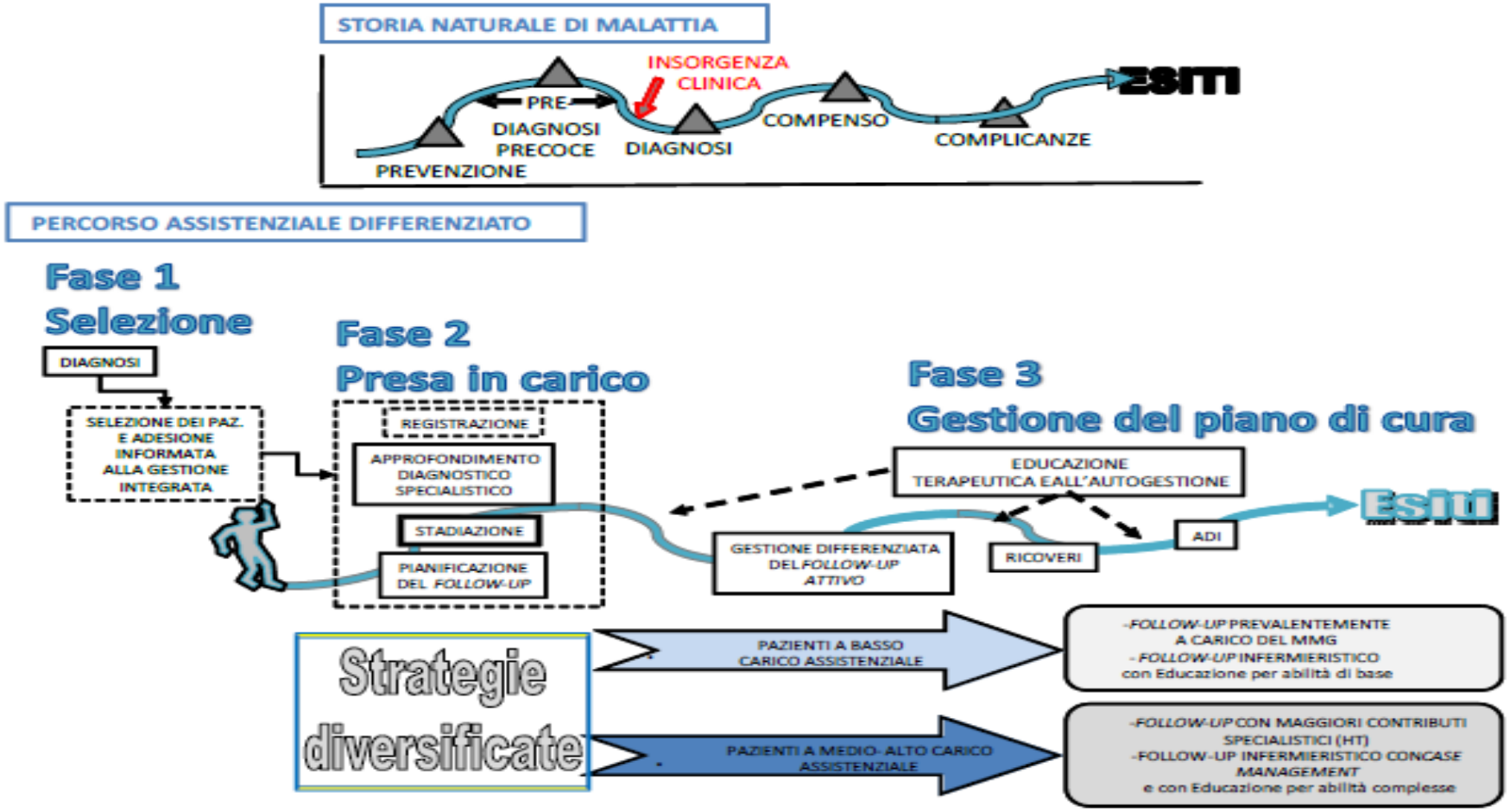
AMBITI DI INTERVENTO E CRITERI DI INCLUSIONE

Tutti i soggetti a rischio di sviluppare Cirrosi Epatica e i pazienti con diagnosi di Cirrosi Epatica assistiti a livello territoriale e/o ospedaliero .

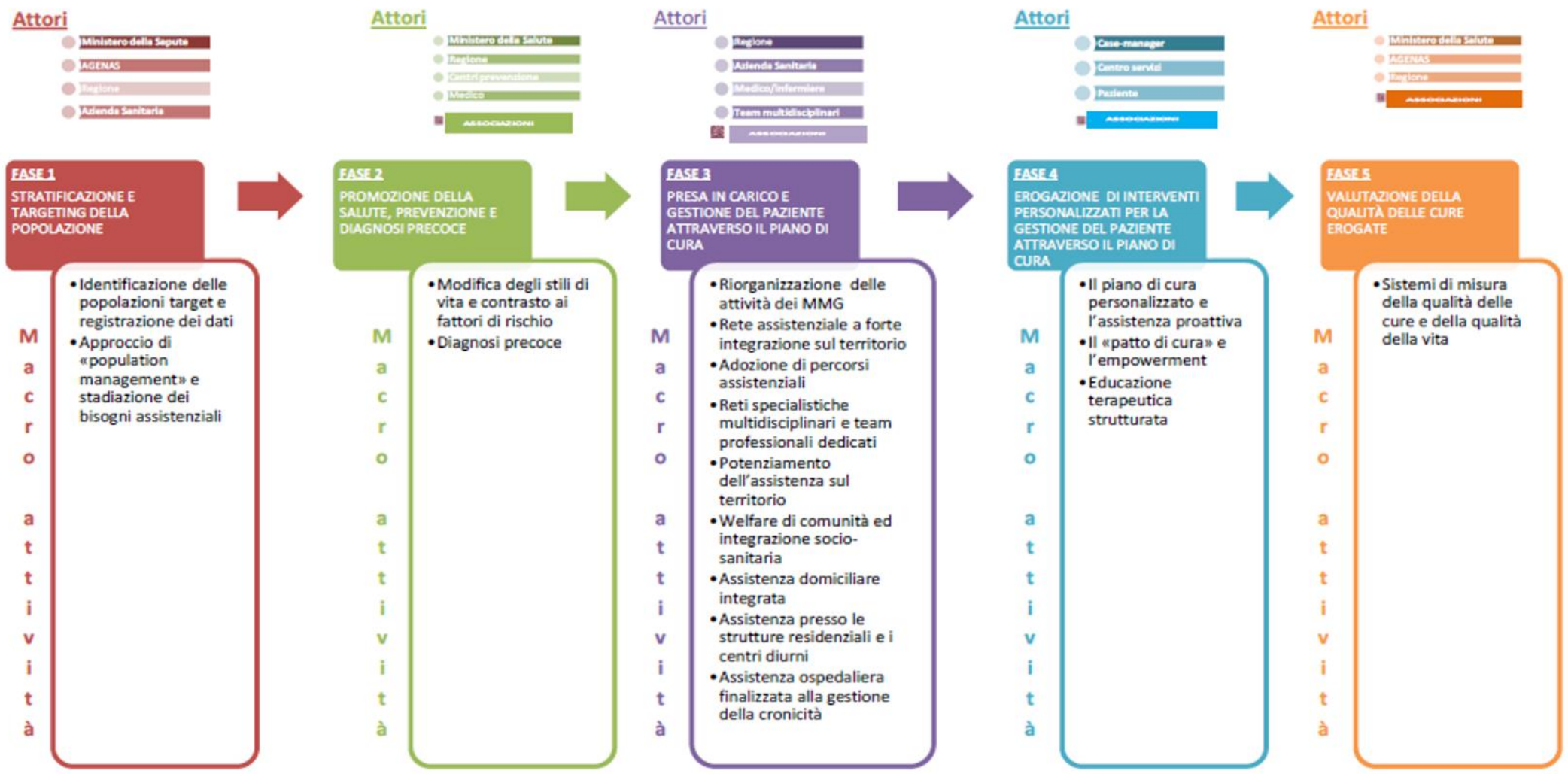
La "storia naturale" di una malattia è il binario-guida della programmazione degli interventi, perché è grazie alla sua conoscenza che si è in grado di avere nozione degli snodi più critici nella gestione della patologia stessa e di stratificare i pazienti in sottoclassi, in base alla loro "storia clinica". **Il "Percorso Assistenziale"**, rappresenta, quindi, lo strumento di traduzione della storia naturale e dei suoi snodi critici in prassi assistenziale: esso permette di evidenziare **le fasi dell'assistenza** e, all'interno di queste, i principali "prodotti assistenziali" che i diversi attori del sistema-salute dovranno garantire attraverso le loro attività (fonte PNC).

- I **criteri di inclusione** dei soggetti a cui è rivolto il PDTA sono:
    1. Tutti i pazienti affetti da Cirrosi epatica (criteri diagnostici sotto specificati)
    2. Tutti i pazienti a rischio di sviluppare Cirrosi Epatica.
- I **criteri di esclusione** sono:
    1. Mancata adesione o ritiro della stessa
    2. Mancata aderenza al percorso

PNC


STORIA NATURALE DI MALATTIA
INSORGENZA CLINICA
PRE
DIAGNOSI PRECOCE
DIAGNOSI
COMPENSO
COMPLICANZE
PREVENZIONE
ESITI
PERCORSO ASSISTENZIALE DIFFERENZIATO
Fase 1
Selezione
DIAGNOSI
SELEZIONE DEI PAZ. E ADESIONE INFORMATA ALLA GESTIONE INTEGRATA
Fase 2
Presa in carico
REGISTRAZIONE
APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO SPECIALISTICO
STADIAZIONE
PIANIFICAZIONE DEL FOLLOW-UP
Fase 3
Gestione del piano di cura
EDUCAZIONE TERAPEUTICA EALL'AUTOGESTIONE
GESTIONE DIFFERENZIATA DEL FOLLOW-UP ATTIVO
RICOVERI
ADI
ESITI
Strategie diversificate
PAZIENTI A BASSO CARICO ASSISTENZIALE
-FOLLOW-UP PREVALENTEMENTE A CARICO DEL MMG
- FOLLOW-UP INFERMIERISTICO con Educazione per abilità di base
PAZIENTI A MEDIO- ALTO CARICO ASSISTENZIALE
-FOLLOW-UP CON MAGGIORI CONTRIBUTI SPECIALISTICI (HT)
-FOLLOW-UP INFERMIERISTICO CON CASE MANAGEMENT
e con Educazione per abilità complesse

PNC


Attori
Ministero della Salute
AGENAS
Regione
Azienda Sanitaria
FASE 1
STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE
Macro attività
•Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
•Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali
Attori
Ministero della Salute
Regione
Centri prevenzione
Medico
ASSOCIAZIONI
FASE 2
PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE
Macro attività
•Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
•Diagnosi precoce
Attori
Regione
Azienda Sanitaria
Medico/infermiere
Team multidisciplinari
FASE 3
PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA
Macro attività
•Riorganizzazione delle attività dei MMG
•Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
•Adozione di percorsi assistenziali
•Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
•Potenziamento dell'assistenza sul territorio
•Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
•Assistenza domiciliare integrata
•Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
•Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità
Attori
Case-manager
Centro servizi
Paziente
FASE 4
EROGAZIONE DI INTERVENTI PERSONALIZZATI PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA
Macro attività
•Il piano di cura personalizzato e l'assistenza proattiva
•Il «patto di cura» e l'empowerment
•Educazione terapeutica strutturata
Attori
Ministero della Salute
AGENAS
Regione
FASE 5
VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE EROGATE
Macro attività
•Sistemi di misura della qualità delle cure e della qualità della vita

PNC

Obiettivi FASE 1

- Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche.
- Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.
- Promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.
- Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici

Obiettivi FASE 2

- Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.
- Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.
- Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

Obiettivi Fase 3

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata
- Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni
- Migliorare l'assistenza ospedaliera ai pazienti con cronicità
- Creare reti multi-specialistiche ospedaliere
- Promuovere l'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale

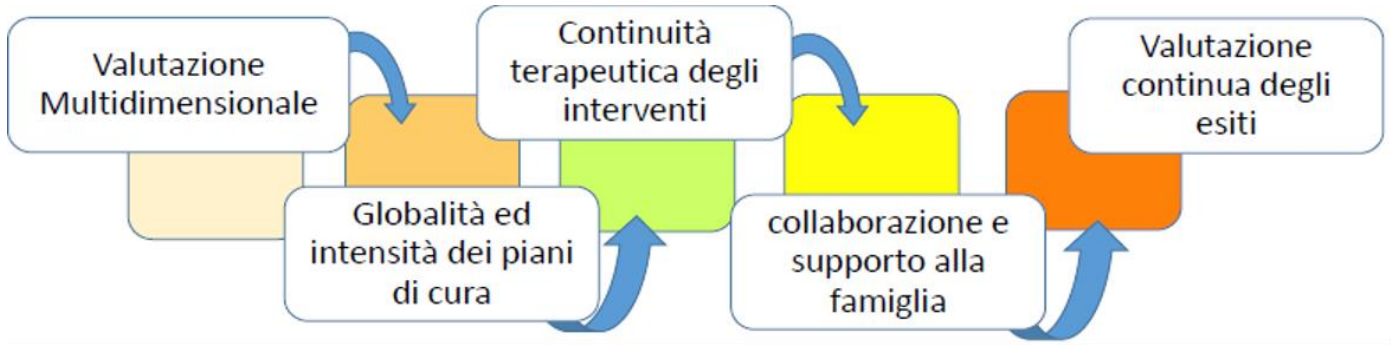
Fase territoriale
(distrettuale)
«*targeting*»

MMG
SerD
Infettivologi
IFeC
……

Fase specialistica

Diagnosi → Stadiazione → PIC

Fase territoriale
«cronicità»



MMG
SerD
Infettivologi
IFeC
Epatologo
……

FASI DEL PDTA

Quali sono i soggetti a rischio di cirrosi epatica che devono essere sottoposti a valutazione clinica, laboratoristica e strumentale di primo livello?

Quali sono gli esami laboratoristici e strumentali da richiedere nel sospetto diagnostico di cirrosi epatica?

Quali risultati devono far sorgere il sospetto diagnostico di cirrosi epatica?

Tutti i pazienti con sospetta cirrosi epatica dovrebbero avere una valutazione specialistica epatologica

case finding

Il MMG, l'IFeC, gli infettivologi, i SerD, sono i professionisti o i servizi che hanno la **maggior probabilità di intercettare** un soggetto a rischio di cirrosi epatica, sia in maniera proattiva, cercando tra i propri assistiti, sia in maniera attendistica.

Prendendo in considerazione i SerD, le persone coinvolte nel percorso diagnostico sono:

→ **ALCOLISTI**

→ **GIOCATORI D'AZZARDO COMORBIDI PER ALCOLISMO O/E SESSUALITÀ PROMISCUA,.**

→ **TOSSICODIPENDENTI.**

INIETTORI;

UTILIZZATORI CANNUCCE PER INALAZIONE DI POLVERI;

ATTIVITÀ SESSUALMENTE PROMISCUE, SPECIALMENTE UOMINI

Queste persone <u>sono scarsamente responsive alla proposta di screening</u> che non può limitarsi alla ricerca di AB anti virus epatotropi HCV HBV E HAV (importante poter contare sulla disponibilità di test salivari per AB), ma che deve essere estesa alla ricerca dell'attività virale di replica e per i positivi estendersi all'identificazione dei genotipi.

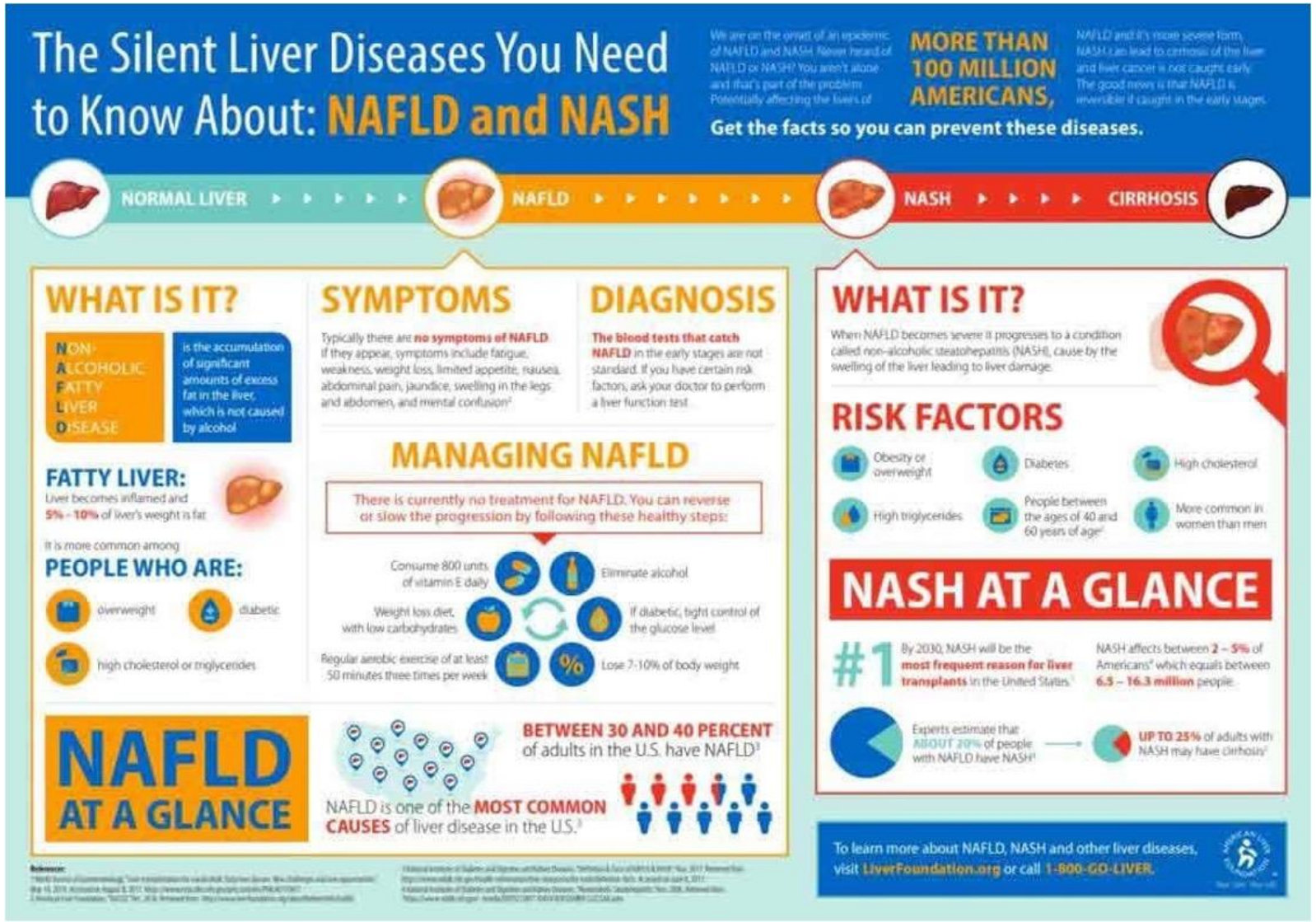
Quali sono i soggetti a rischio di cirrosi epatica che devono essere sottoposti a valutazione clinica, laboratoristica e strumentale di primo livello?

- Soggetti affetti da **malattia epatica cronica** di origine virale **(HBV, HCV, HDV)**
- Soggetti **tossicodipendenti o con abuso cronico di alcool** (in atto o pregresso)

- Soggetti affetti da **epatopatia cronica metabolica** con transaminasi elevate e/o fibrosi (**steatoepatite non alcolica N.A.S.H.**)

- Soggetti con **disordini metabolici del ferro o del rame**
- Soggetti affetti da **epatopatie autoimmuni**
- Soggetti con cronico aumento degli indici epatici sierici o con **rapporto AST/ALT >1** senza identificazione di causa

Steatosi epatiche non alcoliche



CONGRESSO CARD NAZIONALE

Quali sono gli esami laboratoristici e strumentali da richiedere nel sospetto diagnostico di cirrosi epatica?

Esami ematochimici di PRIMO livello	
Emocromo	Abuso alcol (↑MCV); cirrosi (↓ PLT, ↓ GB)
gGT	Abuso alcol, farmaci epatotossici (↑)
HCV Ab	Epatite virale C
HBs Ag	Epatite virale B
Protidogramma	Epatite autoimmune (gammopatia policlonale), deficit α1-antitripsina (↓ α-1 globuline)
Sideremia-Transferrina-Ferritina	Emocromatosi (>45 % saturazione transferrina); Alcol (↑ ferritina)
Glicemia-Colesterolo-Trigliceridi	Steatosi non alcolica (NAFLD/NASH)
Bilirubina-Fosfatasi alcalina-gGT	Colestasi (CBP, CSP, ...)
APRI Score Fib-4 Score	[(AST/ULN AST) x 100] / conta piastrinica Età (anni) x AST / conta piastrinica x $ALT^{1/2}$

Esame ecografico addome superiore indicativo di evoluzione fibrotica se presenti:
Ipertrofia del lobo caudato
Margini epatici irregolari
Volume epatico ridotto
Riduzione calibro vene sovraepatiche
Splenomegalia
Dilatazione vena porta (diametro >11mm)
Flusso ematico epatofugo con ecocolordoppler

Quali risultati devono far sorgere il sospetto diagnostico di cirrosi epatica?

Marcatori virali	Categorie diagnostiche
HBsAg, anti-HBc, HBV-DNA	Epatite da HBV
Anti-HCV, HCV-RNA	Epatite da HCV
Anti-HDV	Epatite da virus delta

Parametri bioumorali	Categorie diagnostiche
MCV↑ gGT ↑	Epatopatia da alcol
Glicemia, Colesterolo, Trigliceridi	NAFLD/NASH
Sideremia↑, Ferritina↑, Saturazione transferrina↑	Emocromatosi
gGT↑, fosfatasi alcalina↑, bilirubina↑	Coleastasi
Caruloplasmina↓, cupremia↑	M. Wilson
Anti-mitocondrio	Colangite biliare primitiva
Anti-nucleo, anti-muscolo liscio, anti-LKM	Epatite autoimmune
P-ANCA	Colangite sclerosante primitiva
α1-antitripsina↓	Deficit α1-antitripsina

Quali esami di SECONDO livello possono essere fatti anche da MMG nel sospetto diagnostico di cirrosi epatica?

Esami di II livello	Categorie diagnostiche
HBV-DNA	Epatite HBV
HCV-RNA	Epatite HCV
Ceruloplasmina	M. Di Wilson (<40 aa) (↓)
α1-antitripsina	Deficit α1-antitripsina (↓)
Autoanticorpi: (*ANA, SMA, LKM-1, LC-1* *AMA p-ANCA*)	• Epatite autoimmune • Cirrosi biliare primitiva • Colangite sclerosante

L'invio allo Specialista può essere fatto all'atto del completamento degli esami ematochimici e strumentali di PRIMO livello o dopo aver completato l'iter diagnostico, se ritenuto opportuno dal MMG, con gli esami di SECONDO livello

Tutti i pazienti con sospetta cirrosi epatica dovrebbero avere una valutazione specialistica epatologica

Il percorso programma diagnostico terapeutico di un paziente con cirrosi epatica nelle varie fasi

Pazienti con cirrosi epatica seguiti prevalentemente dal MMG

- **Pazienti con cirrosi epatica compensata che per età e/o presenza di comorbidità non hanno indicazione a trattamento eziologico**
- **Pazienti con cirrosi epatica di in assenza di scompenso (Classificazione di Child-Pugh: livello A) e senza complicanze**

Clinical and Lab Criteria	Points*		
	1	2	3
Encephalopathy	None	Mild to moderate (grade 1 or 2)	Severe (grade 3 or 4)
Ascites	None	Mild to moderate (diuretic responsive)	Severe (diuretic refractory)
Bilirubin (mg/dL)	< 2	2-3	>3
Albumin (g/dL)	> 3.5	2.8-3.5	<2.8
Prothrombin time			
Seconds prolonged	<4	4-6	>6
International normalized ratio	<1.7	1.7-2.3	>2.3

Child-Turcotte-Pugh Class obtained by adding score for each parameter (total points)
Class A = 5 to 6 points (least severe liver disease)
Class B = 7 to 9 points (moderately severe liver disease)
Class C = 10 to 15 points (most severe liver disease)

Lo specialista EPATOLOGO deve essere coinvolto <u>quando viene posto il sospetto diagnostico di cirrosi</u>, o all'atto dei risultati degli esami di PRIMO livello o, se ritenuto opportuno effettuarli autonomamente, all'atto dei risultati di SECONDO livello per completamento dell'eventuale eziologica diagnostica, stadiazione della malattia e impostazione follow up condiviso con il MMG.

Il MONITORAGGIO del paziente con cirrosi epatica compensata

da parte del MMG:

- Definizione degli esami laboratoristici e strumentali e loro tempistica (AST ALT, g-GT, fosfatasi alcalina, bilirubina, protidogramma, creatinina, sodiemia, potassiemia, INR, emocromo completo), visita in presenza ogni tre-sei mesi con controllo stile di vita e peso, vaccinazione antinfluenzale annuale e quelle raccomandate da PNPVaccinale vigente per età e patologia

I pazienti in condizioni di stabilità e in assenza di complicanze senza terapie eziologiche specifiche in atto, vengono rinviati al MMG con relazione clinica, proposta di iter terapeutico e follow up e riferimenti per eventuali contatti in caso di riacutizzazioni.

Tempistica per la rivalutazione specialistica:

In funzione dei risultati degli esami e della valutazione clinica, come previsto dal PAI

Il *follow-up* dei pazienti con diagnosi (recente o pregressa) di cirrosi epatica **compensata** e senza complicanze maggiori è in **carico al MMG,** che opera a stretto contatto con l'**IFeC**.

Il *follow-up* dei pazienti con **diagnosi di cirrosi epatica scompensata e/o con complicanze maggiori è in carico allo specialista** in stretto raccordo con il MMG.

Per i pazienti in classe B e C o con terapie specifiche in atto o con scompenso in atto e/o recidivante viene redatto un PAI condiviso, trimestrale o semestrale, col MMG anche tramite teleconsulto.

Nella stesura del PAI è coinvolto anche l'IFeC per la necessaria presa in carico assistenziale

L'infermiere di Famiglia e Comunità, oltre che nella fase preventiva e di sospetto diagnostico, interviene prevalentemente nella fase iniziale e intermedia della malattia; nella fase terminale l'assistenza è garantita anche attraverso il personale infermieristico operante nelle degenze ospedaliere ed extraospedaliere (Hospice e Cure Intermedie).

Comunità: conduzione e collaborazione a programmi di educazione agli stili di vita e prevenzione della patologia cirrotica.

Casa della Comunità: assistenza ed educazione in ambulatori infermieristici con slot dedicate ai bisogni assistenziali della persona affetta da cirrosi ed ai loro familiari e per lavoro in equipe con gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza e cura.

Centrale Operativa Territoriale: riferimento h 24 7 giorni su 7 per risposta a bisogni emergenti e counseling telefonico alla persona ed alla sua famiglia.

Domicilio: l'assistenza e l'educazione alle persone con difficoltà motorie o abilità di vita compromesse e per la valutazione e supporto al contesto familiare.

Strutture di cure intermedie e fine vita anche in supporto e consulenza ai colleghi che vi operano con continuità.

Principali funzioni dell' Infermiere di Famiglia e Comunità nell'assistenza a persone nelle varie FASI della malattia cirrotica

- Partecipa alle iniziative di promozione della salute e prevenzione della malattia cirrotica
- Partecipa alla stesura, valutazione e revisione dei percorsi terapeutico assistenziali specifici
- Facilita i percorsi di assistenza e cura e di continuità assistenziale anche socio-sanitaria definiti dall'equipe multidisciplinare
- Valuta i bisogni della persona nelle diverse fasi della malattia
- Pianifica ed eroga gli interventi di assistenza alla persona e nella famiglia
- Si avvale di eventuali consulenze specifiche di infermieri esperti/specialisti
- Promuove l'aderenza ai piani terapeutici
- Partecipa al monitoraggio verifica e valutazione dei risultati di salute
- Partecipa alla valutazione dell'appropriatezza degli interventi terapeutici ed assistenziali contribuendo alla relazione di cura

Gestione e monitoraggio delle complicanze della cirrosi epatica-1

La cirrosi epatica può associarsi a **complicanze sistemiche** che necessitano una presa in cura condivisa tra medico specialista e MMG.

In particolare:

- Diabete mellito
- Osteoporosi
- Malnutrizione e malassorbimento
- Rischio aumentato di infezioni

L'aggravarsi della malattia può indurre importanti effetti sistemici ed essere associata a scompenso funzionale, complicanze e comorbidità, più frequenti nei soggetti più anziani o con condizione patologica avanzata. In questa fase, la gestione clinica è primariamente a carico del medico specialista epatologo

Nel paziente con scompenso ascitico, lo **specialista definisce**:

a) Gli esami laboratoristici da eseguire e la loro tempistica

b) Gli esami strumentali e la loro tempistica

c) Gli intervalli della rivalutazione specialistica

d) La necessità di infusione di albumina (da effettuare al domicilio del paziente, su piano terapeutico specialistico e ricetta medica del MMG con ruolo dell'infermiere di comunita')

e) L'indicazione al ricovero ospedaliero

Gestione e monitoraggio delle complicanze della cirrosi epatica-2

Nel paziente cirrotico con **encefalopatia epatica**, **il medico Specialista ha il ruolo di:**

a) Identificare le cause scatenanti e mettere in atto misure di prevenzione delle ricadute

b) Definire gli esami laboratoristici e/o strumentali eventualmente da richiedere

c) Determinare i tempi della rivalutazione specialistica

d) Definire la gestione farmacologica e terapeutica da effettuarsi possibilmente al domicilio del paziente (importanza dell'aderenza terapeutica e ruolo dell'infermiere di comunità nell'eseguire a domicilio e formare il caregiver all'esecuzione di rettoclisi medicate)

e) Stabilire l'indicazioni al ricovero ospedaliero

Nel paziente con **ipertensione portale** clinicamente significativa, **attivo ruolo di collaborazione tra medico Specialista e MMG:**

a) Valutazione dell'ipersplenismo e definizione del rischio emorragico da varici esofago-gastriche

b) Tempistica del monitoraggio ecografico ed endoscopico

c) Impostazione della terapia farmacologica e monitoraggio della compliance

d) Gestione di eventuali terapie antiaggreganti o anticoagulanti nel paziente con ipertensione portale

e) Individuazione dei segni d'allarme e della necessità di ricovero d'urgenza per emorragia digestiva

Gestione e monitoraggio delle complicanze della cirrosi epatica-3

La sorveglianza per epatocarcinoma (HCC): importanza del ruolo proattivo del MMG

a) Definizione dei pazienti a rischio di HCC da sottoporre a sorveglianza attiva

b) Necessità di eseguire ecografia addome e dosaggio alfa-fetoproteina ogni massimo 6 mesi

c) Definizione degli esami laboratoristici e strumentali da eseguire e la loro tempistica nei pazienti sottoposti a trattamento chirurgico o loco-regionale di HCC per prevenzione ed early detection delle recidive tumorali

d) Monitoraggio da parte del MMG degli effetti collaterali delle terapie antineoplastiche sistemiche

Il paziente in lista per trapianto di fegato e post-trapianto:

a) Definizione delle diverse competenze e dei diversi ruoli dello specialista e del MMG nella presa in cura del paziente in lista trapianto o trapiantato di fegato

Gestione e monitoraggio delle comorbidità associate alla cirrosi epatica

Nella cura del paziente cirrotico con complicanze e comorbidità rappresentano particolare rilievo ed importanza il *counselling* al paziente cirrotico ed il rapporto con il ***caregiver* e i familiari**

Informazione e formazione sull'importanza degli stili di vita e delle abitudini alimentari e come queste debbano modificarsi nel corso della malattia di fegato

Stabilire contenuti e modalità della comunicazione con il caregiver circa la diagnosi, la prognosi, cosa aspettarsi, come essere d'aiuto

Valorizzazione e sensibilizzazione dell'importanza del caregiver nella compliance e nel monitoraggio della malattia

Realizzazione di un breve e pratico opuscolo informativo con le indicazioni operative per il caregiver ed ai familiari dei pazienti con cirrosi epatica

La **Presa In Carico** del paziente CRONICO nelle sue varie **fasi di malattia consiste nell'INTERCETTARE il prima possibile la malattia, prevenire le complicanze e mantenere il più a lungo possibile la stabilità e una qualità di vita accettabile**; in questo scenario il ruolo della **Casa della Salute/Comunità, la C.O.T, e L'ospedale di Comunità** per la sua funzione di struttura integrata, multiprofessionale e di "prossimità" nella rete assistenziale fra Ospedale e Territorio, è punto di riferimento per i cittadini e gli oepratori, specialmente nell'aggregazione delle funzioni di collaborazione fra le diverse competenze professionali (Team multidisciplinare e multiprofessionale).

Nella **Casa di Comunità** (che è espressione di "salute", ma anche di "socio-sanitario" e di "comunità") può trovare lo spazio adeguato la collaborazione fra i professionisti ed i cittadini e le loro rappresentanze al fine di raggiungere l'obiettivo di creare con gli strumenti informatici appropriati e il rapporto con ACOT/COT, un Percorso Assistenziale Integrato di presa in carico e trattamento dei malati cronici nelle loro varie fasi; inoltre in Casa di Comunità è possibile svolgere oltre alla presa in carico anche attività come:

- La **prevenzione e il corretto stile di vita** è il primo elemento da mettere in atto in una Casa di Comunità
- **Informazione e Formazione** sulla tematica in oggetto verso tutti gli attori del percorso assistenziale (professionisti, cittadini, enti...)
- **Monitoraggio** del processo/percorso assistenziale nelle sue varie fasi e nei suoi obiettivi (risultati) come indicati nel documento (PDTA). Questi indicatori di processo e di esito possono essere utilizzati anche per definire e verificare le inevitabili diversità di "implementazione" nelle varie realtà territoriali della Regione Toscana.

COMUNICAZIONE E TRACCIAMENTO DEI DATI SANITARI-AMMINISTRATIVI TRA PROFESSIONISTI

La comunicazione e il tracciamento dei dati è condizione di base affinché si possa **intercettare e trattare il paziente precocemente** rispetto alla **fase** in cui si trova, valutare **le condizioni psicologiche**, individuarne i bisogni socio-sanitari e il suo contesto, per inviare il paziente al *setting* corretto compreso quello **domiciliare**.

La predisposizione di **una cartella sanitaria condivisa** contenente dati anagrafici, amministrativi (esenzioni) diagnosi, patologie concomitanti, terapie in atto, visite, prestazioni infermieristiche, prestazioni sociali (dossier – fascicolo) al fine di **evitare la frammentazione delle informazioni** che lo riguardano, rappresenta condizione essenziale per facilitare la connessione, integrazione e comunicazione efficace, rapida, integrata tra i professionisti (**Sanità e Medicina Digitale**): i gestionali dovranno mettere in grado i professionisti e i servizi di conoscere tutte le informazioni, autorizzate, sul paziente in tempo reale oltre che assolvere ai debiti informativi agli enti preposti per monitorare le attività, compreso il teleconsulto,telemonitoraggio, tele assistenza, favorire appropriatezza, riconciliazione terapeutica, compliance famracologica, aderenza terapeutica, aggiustamenti terapeutici, depriscribing ecc;

Le **A.C.O.T. (in TOSCANA)** e le **C.O.T.** rappresentano il punto di connessione nel contesto territoriale, e di riferimento fra i professionisti che operano nei servizi socio sanitari territoriali e ospedalieri (**reti assistenziali integrate**);

Coinvolgimento di **strutture e settori** quali **ICT-HTA-Privacy-giuristi, Formazione…..**

Il SSN è un sistema unico e come tale deve agire, non possono esistere muri tra ospedali e territorio, i cittadini non comprendono le divisioni esistenti, hanno bisogno di sentirsi seguiti e accompagnati e quindi il percorso deve essere uno e condiviso non solo con il paziente e la famiglia, ma anche con le varie strutture di cui è fatto il complesso sistema sociosanitario

Gruppo di Lavoro - Faculty

- **Prof. Stefano Brillanti** (coordinatore) – Professore di Gastroenterologia, Università di Siena; UOSA Epatologia, Policlinico Santa Maria alle Scotte, Siena
- **Prof.ssa Maurizia Rossana Brunetto** – Professoressa di Medicina Interna, Università di Pisa; UO Epatologia, AOU Pisana, Pisa
- **Prof. Fabio Marra** – Professore di Medicina Interna, Università di Firenze; SOD Medicina Interna ed Epatologia, AOU Careggi, Firenze
- **Dott.ssa Simona Dei** – Direttore Sanitario AUSL Toscana Sud Est, Vice presidente CARD Toscana
- **Dott. Luigi Rossi** – Direttore Zona Distretto Piana di Lucca, AUSL Toscana Nord Ovest, Presidente CARD Toscana
- **Dott.ssa Laura Tattini** – Coordinatore Sanitario ZD Pratese, AUSL Toscana Centro, Presidente ANMDO Toscana
- **Dott.ssa Elisabetta Alti** – Direttore Dipartimento Medicina Generale Usl Toscana Centro- Firenze
- **Dott. Lorenzo Baragatti** – Direttore Società della Salute Senese
- **Dott. Mario Cecchi -** Libero Professionista
- **Dafne Rossi** – Associazione Serena Onlus; Membro Consiglio dei Cittadini per la Salute, Regione Toscana

Grazie!