

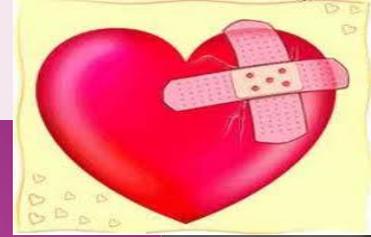


Dott.ssa Isabella Prisciandaro

**Gestione “Domiciliare” del
Paziente Scompensato**

**CPSE Pronto Soccorso A.O.U S. Giovanni Battista
Docente Inferm Cardiovasc e EBN (Università degli Studi di Torino)
isabella.prisciandaro@yahoo.it**

PERCHE' PARLARE DI SCOMPENSO?



- ◎ **Importanza socio-sanitaria** - la malattia assorbe circa l'1- 2% delle spese sanitarie TOTALI, la diagnosi di SC rappresenta il 10% dei pazienti ospedalizzati
- ◎ **Rilevanza epidemiologica** - 14 milioni di malati vs 20 mil nel 2020 (in Europa), in Europa 3,6 mil negli USA 550.000 nuovi casi/anno
- ◎ **Prognosi ancora oggi sfavorevole** : + del 50% dei malati NON sopravvivono > 5 anni. (SHAPE Survey results to the General Public)



SC incluso tra le patologie per le quali la Task Force (formata dall'ACC e dall'AHA) ha tracciato Linee Guida (LG) internazionali valide per l'approccio diagnostico e terapeutico.

E POI PERCHÉ



Come mai il pronto

Una studentessa del CLI alcuni anni fa mi ha detto
“Prof vorrei fare una revisione della letteratura sulle modalità di educazione del p.te scompensato perché mio marito soffre di SC ma è un testone e NON fa le cose che dovrebbe fare per la sua condizione! L’ambulatorio in cui è in cura NON lo “segue” adeguatamente..se sapessi cosa fare, potrei EDUCARLO io...”

Come poter evit
RICOVERI



Riduzione re-ricoveri e
passaggi in PS =
riduz costi dell’assistenza!

Allora..

Il Sign. Cota ci aumenterà lo
stipendio??

OBIETTIVO

- 1) Evidenziare le indicazioni date in letteratura per la best practice
- 2) Analizzare i modelli di follow up adottati in alcuni centri italiani
- 3) Approfondire una realtà d'eccellenza e i percorsi innovativi esistenti: la **TELEMEDICINA**

METODI

1) **Revisione e analisi letteratura**

2) **Ricerca multicentrica: quali modalità educative in 6 ambulatori per lo SC?**

- **Torino(3): H M.Vittoria, S.G.Bosco, Molinette**
- **Cuneo(1): S.Croce;**
- **Alessandria(1): Arrigo e Cesare Sacchi**
- **Milano(1): Cà Granda Niguarda**

3) **Telemedicina:approfondimento di un' esperienza nella Regione Lombardia**

1) REVISIONE LETTERATURA

QUALI CONTENUTI?

LG European Society of Cardiology (ESC 2009)
Punto **CARDINE** del follow-up post-dimissione
Approccio Educativo Multidisciplinare

Cambiamento di stile di vita e Self-care management

Monitorare e riconoscere segni e sintomi

Conoscere ed eliminare i fattori di rischio:

- Fumo,
- Dieta,
- Esercizio,
- Disturbi del sonno,
- Alcool,

Trattamento Farmacologico:

- Indicazioni,
- Dosaggio,
- Effetti trattamento,
- Effetti collaterali
- Aderenza

Gestire sfera psico-sociale

Prognosi

1) REVISIONE LETTERATURA

QUALE METODOLOGIA?

- ***Approccio multidisciplinare*** (cardiologo, infermiere, dietologo, MMG, psicologo, farmacista, centri anti-fumo..)
- ***Dimissione protetta*** (colloquio con infermiere e cardiologo, brochure informative, booklet, dvd, web, ecc..)
- ***Follow-up post dimissione***: Modello integrato tra ospedale e territorio ovvero visite ambulatoriali, domiciliari e controlli telefonici in collaboraz con MMG

1) REVISIONE LETTERATURA

QUALI RISULTATI?

mortalità

riducono il rischio

ospedalizzazione

25%

Programmi educativi multidisciplinari

43%

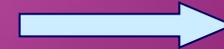
- **LG: Follow-up con approccio Multidisciplinare e Self-care** ↓ Mortalità (-25%)
↓ Riospedalizzazioni (-43%)
- **Numerose METANALISI:** ↓ Costi (-536 \$*p.te*mese)
- **RCT(105 studi): Educazione guidata dall'INFERMIERE**
- **Regione lombardia(progetto telemedicina):** ↓ rericoveri e ↑ soddisfazione utenti

Educazione durante incontri individuali



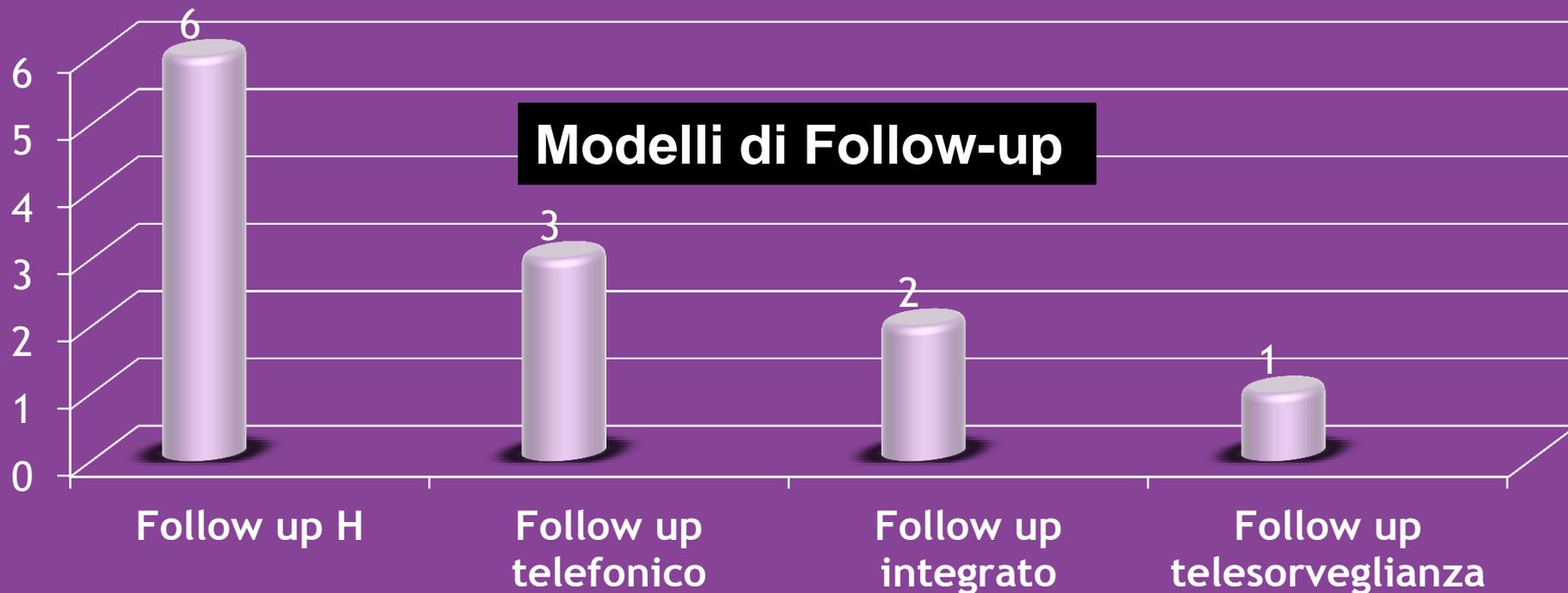
10,5%

Educazione durante contatti telefonici



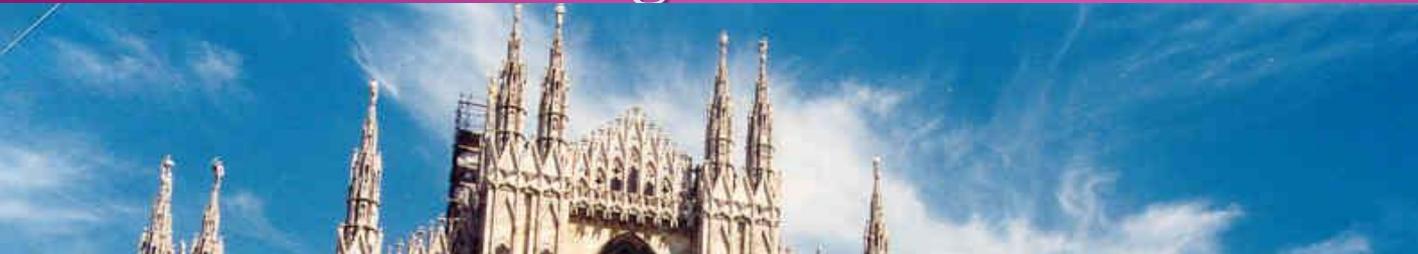
3,6%

2) STUDIO MULTICENTRICO



In tutte le sedi analizzate (tranne Niguarda) i principali interventi educativi vengono attuati dal Cardiologo !

3) Approfondimento dell' esperienza nella Regione Lombardia



Al Cà Granda Niguarda (MI)

IL CONTESTO OPERATIVO PREVEDE:

- Dimissione protetta (colloquio + materiale info)
- Gestione p.te scompensato ambulatorio/domicilio /DH
 - Telesorveglianza (telefono + telemonitoraggio)
 - Figura centrale e autonoma dell'INFERMIERE





3) ESPERIENZA LOMBARDA.. COSA C'È DI DIVERSO?

Ricezione delle LG e introduzione della TELEMEDICINA...

Rappresenta una tecnologia innovativa nei controlli specialistici a distanza, attraverso nuove apparecchiature biomedicali (con controllo remoto) quale modello potenzialmente idoneo ad assicurare **CONTINUITA' DELLE CURE** e a **SODDISFARE I BISOGNI ASSISTENZIALI DEL P.TE** sia nella fase post-acuta che cronica della malattia.

3) ESPERIENZA REGIONE LOMBARDIA

D.R.G VIII/1375 14-12-2005

“Viene data la possibilità alle strutture lombarde, per quanto riguarda le prestazioni erogate con sistemi di telemedicina, di attuare con modalità sperimentale, un modello di gestione innovativa in ambito cardiologico, segnalato dal Piano Cardio Cerebro Vascolare” :

- PTS: Telesorveglianza sanitaria domiciliare per p.ti con SCC medio grave (Classe NYHA III/IV).

La Telesorveglianza, si configura come un modello innovativo per la gestione domiciliare di p.ti.. che si affianca (integrandola) al MMG.

L'obiettivo è una gestione clinica integrata del malato, per la prevenzione delle instabilizzazioni e la gestione DOMICILIARE delle stesse al fine di ridurre:

- Gli accessi in PS e i ricoveri ospedalieri**
- Le prestazioni specialistiche ambulatoriali**
- **Aumentare la qualità di vita del p.te**

3) ESPERIENZA REGIONE LOMBARDIA

D.R.G VIII/1375 14-12-2005

- *“Il protocollo concordato tra le cardiologie di 7 strutture ospedaliere vede l’introduzione della figura dell’**INFERMIERE TUTOR** che con la sua azione di counselling aumenta la consapevolezza del singolo e della famiglia sulla malattia...”*
- Gestione dello strumento della banca dati assistito (BDA) per la programmazione, verifica e controllo.

MA IN TERMINI CONCRETI...

Sono andata a dare una "sbirciatina" da vicino...

**COSA
SUCCEDE NEI
SERVIZI DEL
NIGUARDA?**

**QUALI
INTERVENTI
SUGLI
UTENTI?**



ELEGGIBILITA'

1. **Chi arruola?** Cardiologo/Coordinatore o MMG
2. **Quali p.ti?** Classe III/IV (ma anche II-III)
3. **Quanti ?** Max 15 contemporaneamente (sino a 1.275 nella Regione)
4. **Per quanto tempo?** 6 mesi telesorveglianza e poi? A seconda delle condiz del p.te...
5. **Quando?**
 - 1° colloquio per dimissione protetta e arruolam p.te
 - 2 visite domiciliari a inizio e fine percorso (visit + quest)
 - 1-2 volte a sett contatto telefonico infermiere tutor dell'ambulatorio
 - Per emergenze e/o dubbi:
 - a) h 14.30-16.30 il p.te può tel all' ambulatorio
 - b) 24 h/24 contatto con infermiere e cardiologo call center (centro servizi)
6. **Quanti infermieri?** 3 dell'ambulatorio addestrati (no dedicati)
7. **Strumenti:** Cartella informatizzata ,Protocolli, Quest QOL

Quali protocolli? (Flow-chart)

Il counselling dell'infermiere avviene sulla base delle sue competenze e conoscenze ma anche di flow-chart prestabilite (a tutela del p.te e dell'infermiere) e di riunioni periodiche con il cardiologo.

L'infermiere infatti durante il contatto può decidere se ad es. modificare la terapia, sottovalutare alcuni sintomi, richiedere che il p.te si rechi c/o l'ambulatorio o inviarlo in PS con urgenza!

- Diuretici
- Dolore toracico
- Edemi
- Astenia
- PAO
- PESO
- ECG
- Aderenza alla terapia farmacologica
- Alimentazione
- Training fisico

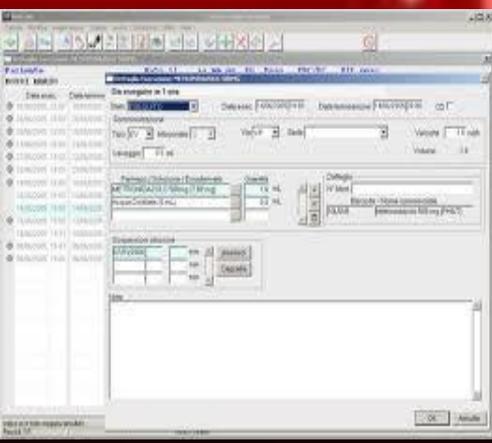
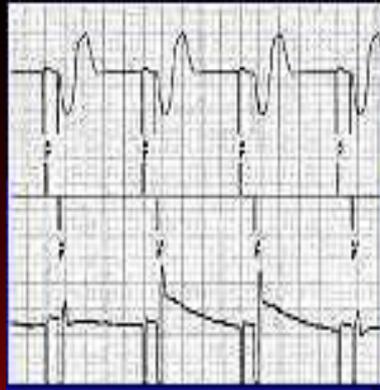
Cartella infermieristica informatizzata:

- Dati p.ti
- Tipo di contatto
- Motivo del contatto
- Complicanze rilevate/Modifiche apportate
- Programmazione controllo successivo

Quali contenuti?

- Anamnesi (ICD, PM, altre patologie)
- Diagnosi (Causa cardiopatia, NYHA, FE %)
- Epoca comparsa sintomi (mesi < 6; 6-18; 19-48; >48)
- Esami ematochimici, Test del cammino,, Ecocardio, Rx
- Anomalie all' ECG (tutti quelli fatti da inizio percorso sono visualizzabili)
- Parametri vitali (base) anomalie della PAO
- Peso
- Segni e sintomi al momento del contatto (e pregressi)
- Terapia farmacologica (tipologia, dosaggio, orario)
- Risposte/consigli a dubbi perplessità p.te (da rivedere? risolti?)
- Segnalazione modifiche apportate (terapia, classe NYHA, ecc) in base ai protocolli
- Pianificaz assistenza e contatti successivi

QUALI ATTIVITA' INFERMIERISTICHE?



Constatato che dall'esperienza della telemedicina (D.R.G VIII/1375 12-2005) è emerso:

- un alto indice di gradimento del servizio da parte degli utilizzatori (soddisfazione MOLTO ALTA)
- Riduz ricoveri , della mortalità e degli accessi in PS

“Si sottolinea la possibilità data di erogare assistenza e cura a livello domiciliare, con conseg razionalizzaz (appropriatezza) delle ospedaliz e visite specialistiche.

...Confermando gli studi in letteratura (riduz dei costi vs modalità tradizionale).

..Pertanto tale servizio deve essere continuato sino al 31/12/2011 e assicurato anche alle aeree disagiate e montane ”.

RISCONTRI RILEVATI

(Percepito infermieri e coordinatore)

POSITIVI

1. Migliori condizioni fisiche e psicologiche dei p.ti
2. Maggior tranquillità e sicurezza p.te e familiari
3. > autonomia e discrezionalità decisionale dell'infermiere
4. Necessità di formazione solo sul programma ("facevamo già counselling tel")

NEGATIVI

1. Monotraccia poco leggibile
2. Problemi tecnici macchinetta
3. Richiesta PAO ma p.ti non hanno presidio per misuraz (vanno in farmacia e si scompensano)
4. PC che non funziona il gg del contatto
5. Eccessivi contatti tel non necessari da parte di p.ti ansiosi

CONCLUSIONI

Dall'analisi effettuata sul territorio Pimontese emergono delle discrepanze tra LG e realtà operative...

Perché?

- Scarsa o nulla collaborazione tra ospedale e territorio;
- Scarsità di risorse umane e strumentali rispetto alla domanda dei pazienti che afferiscono ai centri per lo SC;
- Comunicazione e scambio di informazioni non efficace tra gli operatori;
- Difficoltà logistiche ed eventualmente di natura economica nel valutare e documentare i risultati ottenuti.

L'Infermiere dovrebbe invece essere figura Responsabile di:

interventi educativi specifici, visita infermieristica, follow-up telefonico e telesorveglianza domiciliare...



“Nonostante i progressi degli ultimi anni, la telemedicina non è ancora riuscita ad affermarsi a livello nazionale, se non in caso di sperimentazioni sopravvissute grazie al supporto di Asl,H e Regioni “ (G. Russo)...

non necessariamente il cambiamento deve arrivare dall’alto, noi infermieri possiamo essere i promotori di idee innovative e del miglioramento se ci crediamo!

GRAZIE DELL’ATTENZIONE!!

