

La continuità assistenziale: perché è importante?

- ✓ Risposta a livelli di complessità differenti
- ✓ Necessità di prendere in carico paziente e famiglia
- ✓ Riferimento sicuro per paziente e famiglia
- ✓ Collaborazione con MMG (team multidisciplinare)
- ✓ Evidenze scientifiche e letteratura

LO SCOMPENSO CARDIACO

Lo scompenso cardiaco è

una sindrome clinica complessa

che provoca una incapacità,

più o meno importante da parte

del cuore, della contrazione ventricolare con
conseguente deficit

della fase sistolica e/o diastolica.

IMPATTO SOCIALE

Lo Scompenso Cardiaco è una patologia con:

Elevata mortalità

Frequenti ospedalizzazioni

Scadente qualità di vita

Regime terapeutico complesso

Il Ministero della Salute ha inserito tale
patologia nel programma Nazionale
Valutazione Esiti (PNE)

LE CAUSE PRINCIPALI

- ▣ Cardiopatia ischemica
- ▣ Cardiopatia dilatativa
- ▣ Cardiopatia ipertensiva
- ▣ Ipertrofia miocardica
- ▣ Cardiomiopatie
- ▣ Malattie valvolari

SEGNI e SINTOMI

I principali sono :

- Dispnea e affaticamento
- Limitazioni all'esercizio fisico
- Ritenzione di liquidi
- Congestione polmonare
- Edemi periferici

SCC E COMORBILITA'

Broncopneumopatie croniche
ostruttive

Vasculopatia cerebrale cronica

Vasculopatie periferiche

Ipertensione arteriosa

Insufficienza renale acuta/cronica

Diabete mellito Obesità

Anemia

Ansia e depressione

QUALITA' ASSISTENZIALE

L'assistenza al pz con SC è una assistenza di tipo:

- Continuativa e personalizzata (continuità assistenziale)
- Multidisciplinare (basata su diverse professionalità)
- Multilivelli (basata su una rete di servizi integrati)
- Multidimensionale (basata sulla globalità della valutazione)

Obiettivi dell'assistenza :

Miglioramento della qualità di vita (e durata)

Riduzione della spesa sanitaria

DIMINUZIONE DELLE DEGENZE OSPEDALIERE

RIDUZIONE DELLE OSPEDALIZZAZIONI PER SCOMPENSO

L'INFERMIERE ALL'INTERNO DEL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON SCC

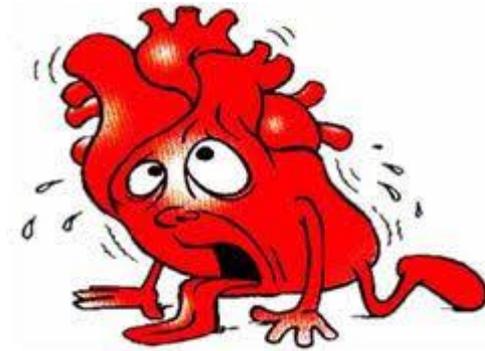
- Identifica i bisogni del paziente e del contesto familiare,
- Identifica i sintomi e i segni
- Identifica le necessità del paziente con tempestività ed appropriatezza
- Riconosce i fattori di rischio
- Identifica i bisogni di Comunicazione

INFERMIERE EDUCATORE

QUINDI

- .Educare il paziente e i suoi familiari (aderenza alla prescrizione terapeutica/farmacologica e al corretto stile di vita)
- .Educare il paziente all'autoanalisi di alcuni parametri (diuresi, peso, sintomi di allarme)
- .Motivare e rinforzare la partecipazione al processo di cura
- .Identificare il rischio nutrizionale
- .Controllare efficacia, tollerabilità ed effetti collaterali del programma terapeutico
- .Prevenire le cause di instabilità clinica
- .Identificare bisogni, potenzialità, progetti della persona

La Continuità Assistenziale nello SCC



Riduzione di:

Accessi in PS

Visite ambulatoriali

Ricoveri per riacutizzazioni (episodi di instabilità clinica)

Peggioramento incontrollato della sintomatologia

Spesa sanitaria

La Continuità assistenziale nello SCC

Attraverso il Monitoraggio di:

- Classe NYHA
- Terapia
- Eventuali comorbidità
- Problematiche legate alla patologia
- Documentazione
- Appropriata prescrizione
- Rapporti con la famiglia



Table 14.1 Characteristics and components of management programmes for patients with heart failure

Characteristics	Should employ a multidisciplinary approach (cardiologists, primary care physicians, nurses, pharmacists, physiotherapists, dieticians, social workers, surgeons, psychologists, etc.).
	Should target high-risk symptomatic patients.
	Should include competent and professionally educated staff. ⁴¹⁷
Components	Optimized medical and device management.
	Adequate patient education, with special emphasis on adherence and self-care.
	Patient involvement in symptom monitoring and flexible diuretic use.
	Follow-up after discharge (regular clinic and/or home-based visits; possibly telephone support or remote monitoring).
	Increased access to healthcare (through in-person follow-up and by telephone contact; possibly through remote monitoring).
	Facilitated access to care during episodes of decompensation.
	Assessment of (and appropriate intervention in response to) an unexplained change in weight, nutritional status, functional status, quality of life, or laboratory findings.
	Access to advanced treatment options.
	Provision of psychosocial support to patients and family and/or caregivers.

The use of mechanical circulatory support, particularly LVAD, should be considered for patients with potentially reversible or treatable co-morbidities, such as cancer, obesity, renal failure, tobacco use and pharmacologically irreversible pulmonary hypertension, with a subsequent re-evaluation to establish candidacy.

Recommendations for exercise, multidisciplinary management and monitoring of patients with heart failure

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
It is recommended that regular aerobic exercise is encouraged in patients with HF to improve functional capacity and symptoms.	I	A	321, 618–621
It is recommended that regular aerobic exercise is encouraged in stable patients with HFrEF to reduce the risk of HF hospitalization.	I	A	618, 619
It is recommended that patients with HF are enrolled in a multidisciplinary care management programme to reduce the risk of HF hospitalization and mortality.	I	A	622–625
Referral to primary care for long-term follow-up may be considered for stable HF patients who are on optimal therapy to monitor for effectiveness of treatment, disease progression and patient adherence.	IIb	B	626, 627
Monitoring of pulmonary artery pressures using a wireless implantable haemodynamic monitoring system (CardioMems) may be considered in symptomatic patients with HF with previous HF hospitalization in order to reduce the risk of recurrent HF hospitalization.	IIb	B	628, 629
Multiparameter monitoring based on ICD (IN-TIME approach) may be considered in symptomatic patients with HFrEF (LVEF ≤35%) in order to improve clinical outcomes.	IIb	B	630

HF = heart failure; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; ICD = implantable cardioverter-defibrillator; LVEF = left ventricular ejection fraction, IN-TIME = Implant-based multiparameter telemonitoring of patients with heart failure.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cReference(s) supporting levels of evidence.

Il nostro ambulatorio

Aperto a Novembre 2015

Team multiprofessionale

Dedicato nell'ambito della attività ambulatoriale della Cardiologia 2

Numero pazienti presi in carico post ricovero: **63**

di cui **52** attualmente in carico

per un totale di **280 visite**

6 pazienti deceduti

5 non hanno aderito al programma (grandi anziani con gravi disabilità motoria o gravi problemi familiari)

ATTIVITA'

Chiamata a domicilio

Organizzazione in unica giornata di esami e visite

Accoglienza e inquadramento

Esecuzione ecg e prelievi ematici

Rilevazione parametri vitali (PA,FC,BMI,Circonferenza vita,saturazione O2, diuresi a domicilio)

SMWT

Questionario Minnesota (QoL)

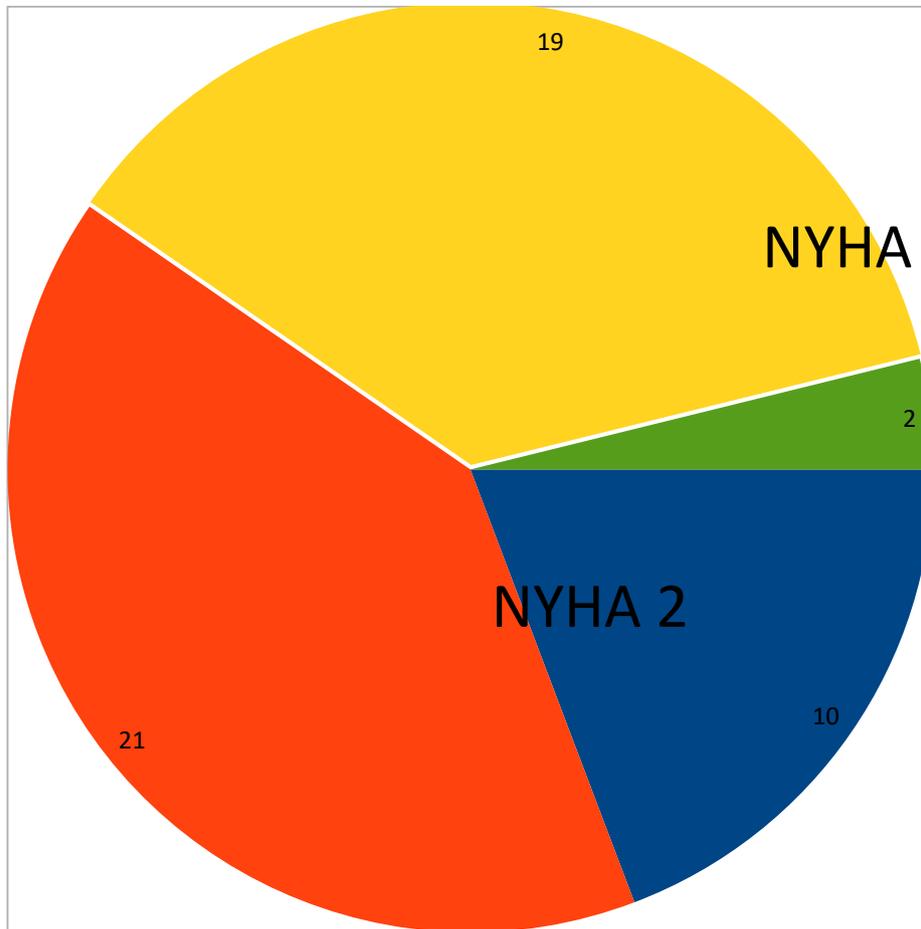
Indice di Morisky (aderenza alla terapia)

Impedenzometria

Educazione sanitaria a paziente e/o caregiver

Eventuali contatti con servizi sociali

n° CLASSI NYHA



NYHA 4

NYHA 1

Obiettivo più importante

**accompagnare passo passo il paziente lungo il corso della sua malattia e nelle variabili che dovrà affrontare nel corso della stessa dalla diagnosi alle ricadute
evitandone l'abbandono**

