



CORSO DI FORMAZIONE

LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO NELLE CURE PRIMARIE

Padova, 7 febbraio 2015

Presentazioni dei Relatori

PROGRAMMA

8.45-9.30	Il sistema ACG ed il suo utilizzo a supporto del care management_ MC Corti
9.30-9.55	Obiettivi di cura nel paziente anziano con scompenso cardiaco_ E Garelli
9.55-10.20	Monitoraggio domiciliare e ambulatoriale del paziente scompensato_ C Fabbian
10.20-10.45	Una proposta di PDTA per il paziente dimesso con scompenso cardiaco_ M Anselmi
11.00-11.40	Il paziente affetto da scompenso cardiaco nel territorio_ M Cancian
11.40-12.20	Il modello di presa in carico integrata: job description dell'infermiere care-manager_ S Tiozzo Netti
12.20-13.00	La presa in carico integrata del paziente affetto da scompenso cardiaco alla dimissione_ A Zambon
	Pausa Pranzo
14.00-14.45	Care Management: Dal piano di cura al piano di azione_ S Tiozzo Netti
14.45-15.30	Care Management: strategie e priorità per pianificare e organizzare il lavoro e il coordinamento con la COT._L Guerra
15.30-16.00	Care management: Raccolta e strumenti di condivisione della documentazione cartacea ed informatizzata_ M Fusello
16.15-17.15	Il paziente complesso, affetto da scompenso cardiaco, intercettato dal Medico di Medicina Generale_ M Cancian
17.15-18.15	Il paziente complesso affetto da scompenso cardiaco, intercettato alla dimissione ospedaliera_ A Zambon

ACG : La gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco nelle cure primarie

Padova 07.02.2015

A scenic view of a Venetian canal, likely the Grand Canal, with several gondolas. In the foreground, the prow of a gondola is visible, featuring a decorative dragon-like figurehead. In the middle ground, a gondolier in a striped shirt stands in a gondola, holding a long wooden oar. The background shows historic Venetian buildings with ornate facades and windows, reflected in the water. The sky is clear and blue.



CORSO DI FORMAZIONE

**LA GESTIONE INTEGRATA
DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO
NELLE CURE PRIMARIE**

Padova, 7 febbraio 2015

Cosa non e' questo corso

1. Non e' uno studio o un progetto che finisce
2. Non e' un corso che stasera sforna un infermiere care manager e un MMG certificato.
3. E' un evento di start up di un percorso regionale e speriamo anche aziendale di certificazione di competenze.
4. Si ispira al Guided Care Model ma non solo...
5. La gestione dei casi complessi e' gia' nel DNA del distretto, ma....
6. Non vuole creare esperti di scompenso o sostituirsi agli ambulatori per lo scompenso. Non si occuperà solo di scompensati, anzi.



La Sig.ra Maria

79 anni, vedova, vive da sola.
Reddito: pensione da
maestra

La figlia vive a 10 km da lei
con 3 figli adolescenti.

5 Condizioni croniche tra cui
un decadimento cognitivo

Nel 2013, la Sig.ra Maria oltre ad una diagnosi di scompenso ha ricevuto:



22 prescrizioni per 8 farmaci
19 visite ambulatoriali
3 ricoveri ospedalieri
6 settimane in ospedale
5 mesi in assistenza domiciliare
1 mese di riabilitazione
4 Lettere di dimissione dai medici curanti

Seguita da 14 diversi Medici, 2 Assistenti Sociali, 5 Terapisti, 37 Infermieri



La Sig

- Scora
- Reag
- Sinto



di Maria

-time

sa di riposo



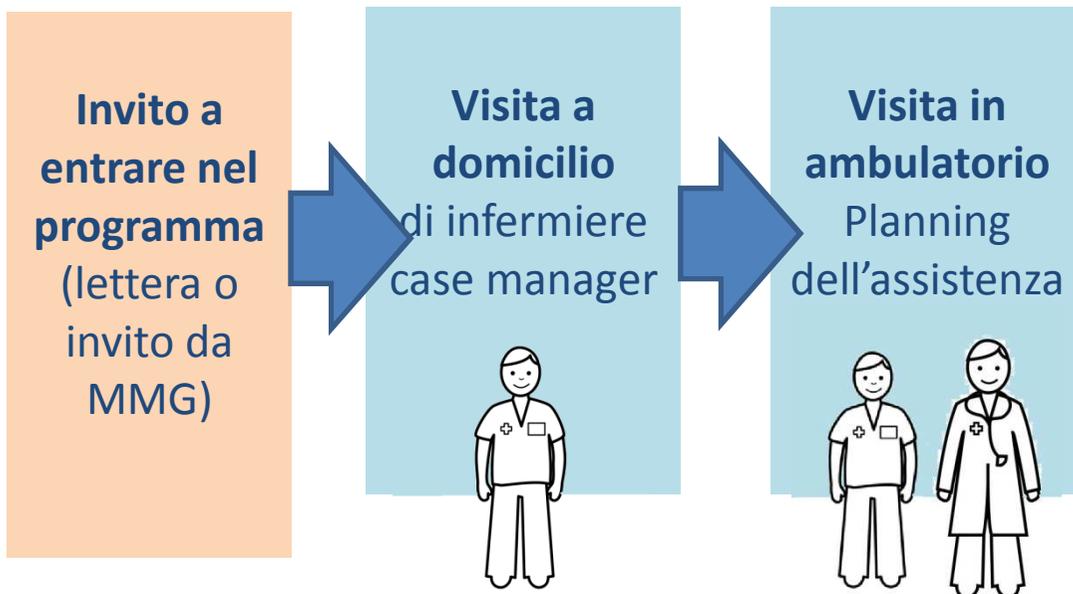
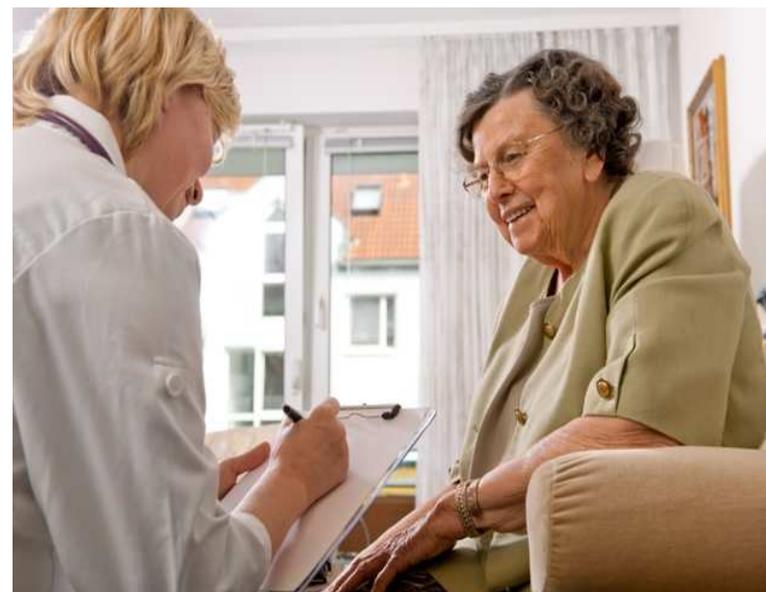
Obiettivi

- 1. Sperimentare nuovi modelli di gestione integrata della cronicità con focus sullo scompenso.**
- 2. Esplorare la potenzialità del Sistema ACG a supporto dell'identificazione di gruppi di pazienti per i quali avviare interventi proattivi di medicina d'iniziativa**
- 3. Avviare una nuova modalità di lavoro dell'infermiere distrettuale in team con il MMG ed il suo gruppo.**

Attivazione di un percorso di **gestione dei casi complessi di scompenso** in sinergia tra MMG, distretto e infermiere domiciliare

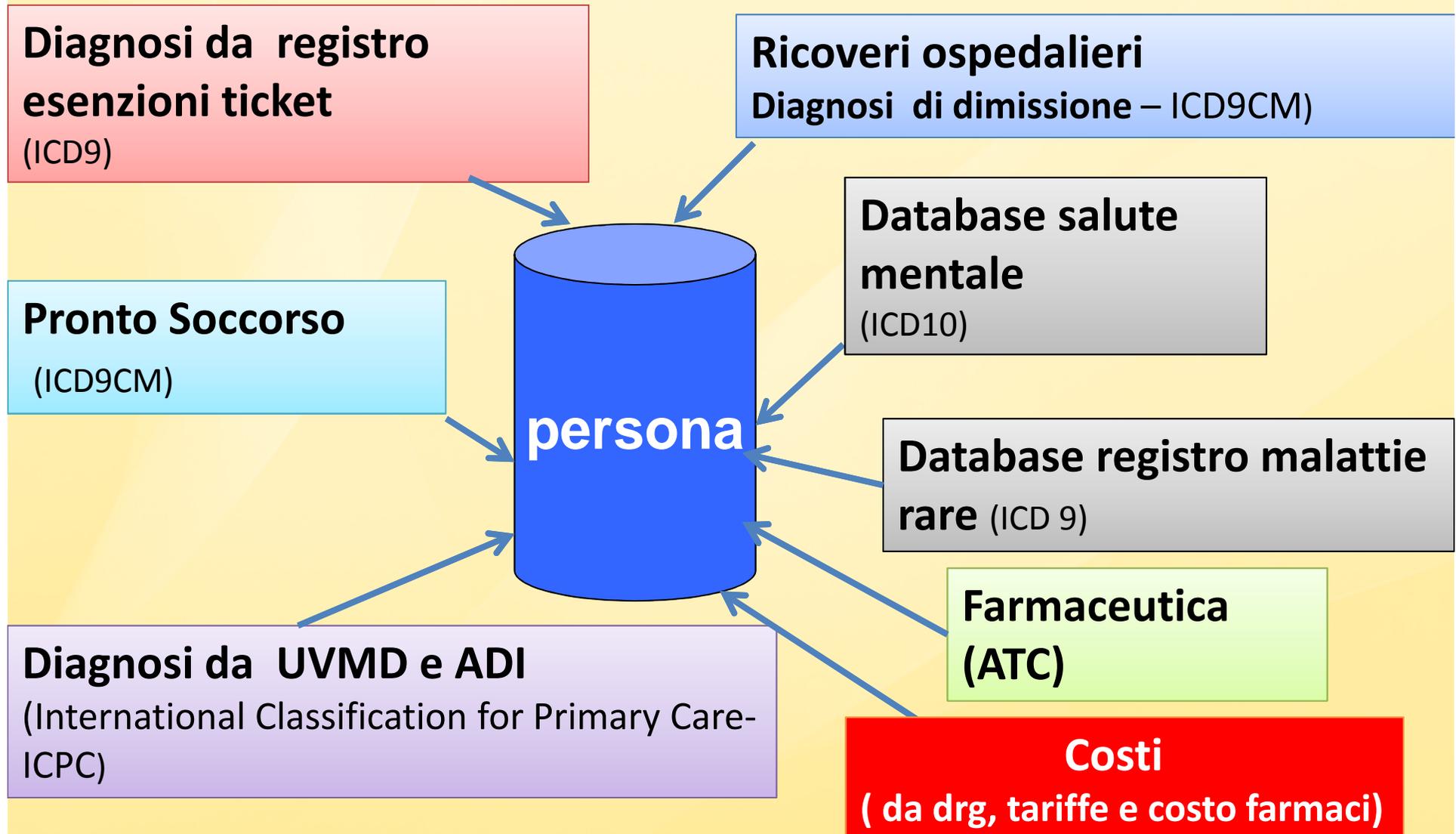
Approccio al care management basato sull'equipe.

- Presa in carico dei pazienti a più alto rischio di ospedalizzazione fino a un massimo di 15-20 pazienti per infermiere/MMG.

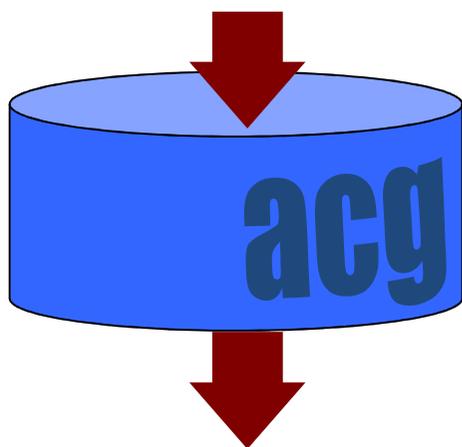


- Piano di cura (MMG e Infermiere, ed eventualmente UVMD)
- "Piano di Azione" per paziente e caregiver.
- Monitoraggio proattivo ≥ 1 /mese
- Riunioni d'equipe nel corso del programma.

Fonti di dati usati per classificare con il sistema ACG



Dati provenienti dai flussi informativi correnti



Report su singoli casi

Identificazione di liste di pazienti affetti dalle patologie croniche di maggior interesse a livello regionale: Scompenso Cardiaco Cronico (popolazione 2013) con altre patologie.

Trasmissione delle liste ai MMG con aggiunta di informazioni anche **prognostiche**, come probabilit  di ospedalizzazione o di elevato utilizzo di risorse

Attivazione di un percorso di **gestione dei casi complessi** in sinergia tra MMG, infermiere del distretto, care-giver e paziente.

Current RxRisk: 3.4		Current Total Risk: 4.1	
Patient Medication Summary (12 Most Recent)			
Product Name	Days Supply	Rx's	Last Fill Date
ZOLPIDEM TAB 10MG	30	4	Oct 18, 2011
HUMALOG MIX SUS 75/25	90	1	Oct 17, 2011
GULIZIDE ER TAB 10MG	90	3	Oct 6, 2011
DIAZEPAM TAB 5MG	1	1	Oct 6, 2011
HYDROCODONE TAB 5.00MG	5	1	Oct 6, 2011
PREDNISONE TAB 5MG	6	1	Oct 6, 2011
ADTHROMYON TAB 250MG	5	1	Sep 9, 2011
NASONEX SPR 50MG/0.4G	30	1	Sep 9, 2011
METFORMIN TAB 500MG ER	30	4	Jul 21, 2011
SIMVASTATIN TAB 40MG	90	1	Apr 19, 2011
Prescriber Name			
WONG, GEORGE			
SADEH, GHANI			
SADEH, GHANI			
WAGNIEWICZ, SARAH			
WAGNIEWICZ, SARAH			
WAGNIEWICZ, SARAH			
BURKE, KELLY			
BURKE, KELLY			
SADEH, GHANI			
SADEH, GHANI			

Adherence to Selected Medications		Patient Risk History**	
Medication / Condition	Prescription Ratio	Period	Total Risk
Respiratory Medications	N/A	Current	3.4
Oral Hypoglycemics	82.45%	Last Month	0.0
Cholesterol Medications	49.45%	Last 2 Months	0.0

Personale coinvolto

- **Due MMG in ciascuna ULSS**
- **Due infermieri in ciascuna ULSS**
- **Un coordinatore infermieristico in ciascuna ULSS**
- **Referente aziendale Progetto ACG**
- **Referente ACG Data manager**

Target: 40 pazienti per ulss

Come vengono selezionati i pazienti?



- LISTE DI PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO GENERATE DAL SISTEMA ACG



- INTEGRAZIONE CON ALTRI PAZIENTI SCOMPENSATI BASATA SUL GIUDIZIO CLINICO DEL CURANTE IN BASE AI DATI CLINICI E DEL SUO DATABASE.

**Descrittive**

Età	59
Genere	M
Flag Invalidità	NO
Flag Casa di Riposo	NO

Indicatori

Nr Condizioni Croniche	6
Nr ADG maggiori	4
Nr Principi Attivi assunti	19
Flag Fragilità	NO

Categorizzazione ACG®

ACG	4940 - 6-9 Other ADG Combinations, Age > 34, 4+ Major ADGs
Resource Utilization Band	5 - molto elevato
Local Weight	14,49

Valori Predittivi

Probabilità di Costo Totale Elevato	95,0%
Intervallo di previsione del Costo Totale	€ 25.000 - € 30.000
Probabilità di Costo Farmaci Elevato	97,0%
Intervallo di previsione del Costo Farmaci	€ 3.000 - € 5.000
Elevato Rischio di Costo Farmaci Inatteso	NO

Costi Osservati

Costo Totale	€ 70.561,34
Costo Farmaci	€ 3.831,64

Utilizzo

Nr Ricoveri (esclusi Parti, Nati, Traumi)	8
Nr Accessi Pronto Soccorso	1
Nr Accessi Ambulatoriali	241
in Trattamento per Cancro	NO
in Dialisi	SI
esecuzione Procedure Maggiori	SI

Rischio futuro di Ospedalizzazione

nr Diagnosi ad alta probabilità di futuro ricovero	2
Probabilità di Ospedalizzazione a 6 mesi	57,7%
Probabilità di Ospedalizzazione a 12 mesi	77,9%
Probabilità di Ospedalizz. per oltre 12 giorni	22,3%
Probabilità di Ospedalizz. in Cure Intensive	44,8%
Probabilità di Ospedalizz. per Traumatismi	3,9%

Profilo di Morbilità

Scompenso Cardiaco Congestizio	TRT	Disturbo Bipolare	NP
BPCO (Broncopneumop. Cronico-Ostruttiva)	NP	Depressione	Rx
Diabete	NP	Schizofrenia	NP
Ipertensione	Rx	Epilessia	NP
Malattia Ischemica (escluso IMA)	TRT	Malattia di Parkinson	Rx
Insufficienza Renale Cronica	BTH	Maculopatia Degenerativa Senile	NP
Dislipidemia	TRT	Glaucoma	NP
Ipotiroidismo	NP	Virus da Immunodeficienza Acquisita (H.I.V.)	NP
Osteoporosi	Rx	Immunosoppressione/Trapianto	ICD
Asma Persistente	NP	Artrite Reumatoide	NP
		Lombalgia	NP



Profilo di Morbilità, secondo l'impatto, per Diagnosi Clinica e Farmaco-correlata

EDC: Diagnosi Clinica

1. IMPATTO Elevato

REN01-Chronic renal failure
TOX04-Complications of mechanical devices
ADM03-Transplant status

2. IMPATTO Medio

GSU11-Peripheral vascular disease
REN03-Acute renal failure
REN02-Fluid/electrolyte disturbances
REC04-Burns--2nd and 3rd degree
CAR03-Ischemic heart disease (excluding acute myocardial infarction)
CAR05-Congestive heart failure
CAR09-Cardiac arrhythmia
CAR06-Cardiac valve disorders

3. IMPATTO Basso

ADM05-Administrative concerns and non-specific laboratory abnormalities
GUR08-Urinary tract infections
HEM08-Hematologic disorders, other
MUS17-Musculoskeletal disorders, other
GSU01-Anorectal conditions

Rx-MG: Diagnosi Farmaco-correlata

1. IMPATTO Elevato

INFx050-Infections / Severe Acute Major
GURx020-Genito-Urinary / Chronic Renal Failure

2. IMPATTO Medio

PSYx040-Psychosocial / Depression
NURx040-Neurologic / Parkinsons Disease
GASx060-Gastrointestinal/Hepatic / Peptic Disease
GASx010-Gastrointestinal/Hepatic / Acute Minor
CARx050-Cardiovascular / Vascular Disorders
CARx010-Cardiovascular / Chronic Medical
ALLx030-Allergy/Immunology / Chronic Inflammatory

3. IMPATTO Basso

INFx020-Infections / Acute Minor
GSIx030-General Signs and Symptoms / Pain and Inflammation
ENDx010-Endocrine / Bone Disorders
CARx040-Cardiovascular / Disorders of Lipid Metabolism
CARx030-Cardiovascular / High Blood Pressure

Profilo di Morbilità: Diagnosi ICD e ICPC di origine

 tipo Diagnosi **ICD9-CM**

276.7-IPERPOTASSEMIA

413.9-ALTRE E NON SPECIFICATE FORME DI ANGINA PECTORIS

414.01-ATEROSCLEROSI CORONARICA DI ARTERIA CORONARICA NATIVA

414.8-ALTRE FORME SPECIFICATE DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA

414.9-CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA NON SPECIFICATA

424.1-DISTURBI DELLA VALVOLA AORTICA

427.31-FIBRILLAZIONE ATRIALE

427.32-FLUTTER ATRIALE

428.1-INSUFFICIENZA DEL CUORE SINISTRO (SCOMPENSO CARDIACO SINISTRO)

440.23-ATEROSCLEROSI DELLE ARTERIE NATIVE DEGLI ARTI CON ULCERAZIONI

444.21-EMBOLIA E TROMBOSI DELLE ARTERIE DEGLI ARTI SUPERIORI

569.3-EMORRAGIA DEL RETTO E DELL'ANO

585 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

585.6-MALATTIA RENALE CRONICA, STADIO FINALE

585.9-MALATTIA RENALE CRONICA, NON SPECIFICATA

599.0-INFEZIONE DEL SISTEMA URINARIO,SITO NON SPECIFICATO

733.42-NECROSI ASETTICA DELLA TESTA E DEL COLLO DEL FEMORE

941 - USTIONE DELLA FACCIA, DELLA TESTA E DEL COLLO *

996.73-ALTRE COMPLICAZIONI DA PROTESI,IMPIANTI E INNesti PER DIALISI RENALE

V42.0-RENE SOSTITUITO DA TRAPIANTO

V45.1-STATO POSTCHIRURGICO DI DIALISI RENALE

V56.2-COLLOCAZIONE E SISTEMAZIONE DI CATETERE PERITONEALE PER DIALISI

V64.3-PROCEDURA NON ESEGUITA PER ALTRE RAGIONI

AGENDA MATTINO

- 8.45-9.30 Il sistema ACG ed il suo utilizzo a supporto del care management_ *MC Corti*
- 9.30-9.55 Obiettivi di cura nel paziente anziano con scompenso cardiaco_ *E Garelli*
- 9.55-10.20 Monitoraggio domiciliare e ambulatoriale del paziente scompensato_ *C Fabbian*
- 10.20-10-45 Una proposta di PDTA per il paziente dimesso con scompenso cardiaco_ *M Anselmi*
- 11.00-11.40 Il paziente affetto da scompenso cardiaco nel territorio_ *M Cancian*
- 11.40-12.20 Il modello di presa in carico integrata: job description dell'infermiere care-manager_ *S Tiozzo Netti*
- 12.20-13.00 La presa in carico integrata del paziente affetto da scompenso cardiaco alla dimissione_ *A Zambon*
- 13.00-14.00** *Pausa Pranzo*

AGENDA POMERIGGIO

- 14.00-14.45 Care Management: Dal piano di cura al piano di azione_
S Tiozzo Netti
- 14.45-15.30 Care Management: strategie e priorità per pianificare e organizzare il lavoro e il coordinamento con la COT._ *L Guerra*
- 15.30-16.00 Care management: Raccolta e strumenti di condivisione della documentazione cartacea ed informatizzata_ *M Fusello*
- 16.15-17.15 Il paziente complesso, affetto da scompenso cardiaco, intercettato dal Medico di Medicina Generale_ *M Cancian*
- 17.15-18.15 Il paziente complesso affetto da scompenso cardiaco, intercettato alla dimissione ospedaliera_ *A Zambon*
- 18.15-18.30 Valutazione dell'apprendimento con questionario ECM a scelta multipla

A scenic view of a Venetian canal, likely the Grand Canal, with gondolas and historic buildings lining the water. The sky is clear and blue, and the water reflects the surrounding architecture. The perspective is from the front of a gondola, looking down the canal.

Grazie per l'attenzione!

Dr. Maria Chiara Corti

maria.chiara.corti@regione.veneto.it

acg@regione.veneto.it

FASE 1 – GENERAZIONE LISTA INIZIALE CASI **(a cura del data manager - entro fine** **febbraio)**

- 1. Generazione lista assistiti con scompenso cardiaco (selezione di EDC=CAR05) per i 2 MMG individuati a partire dal dataset ACG aziendale anno 2013**
- 2. Eliminazione dei deceduti ad oggi**
- 3. Consegna lista all’infermiere che interagirà con il MMG (“lista iniziale”) – Es. Excel.**

FASE 2 – REVISIONE DELLA LISTA INIZIALE (a cura del MMG – entro fine marzo)

- 1. Il MMG integra le diagnosi dei pazienti della “lista iniziale” con eventuali diagnosi non indicate (codice ICD9-CM) e con la relativa data di diagnosi.**
- 2. Il MMG aggiunge alla “lista iniziale” eventuali ulteriori pazienti con scompenso non segnalati da ACG con tutte le relative diagnosi e data di diagnosi, generando la “lista integrata”**

Casistica di interesse

Presenza di EDC=CAR05 – Scompenso Cardiaco C.

ICD9 Code	Description
39891	Rheumatic Heart Failure (congestive) Rheumatic left ventricular failure
415	Acute Pulmonary Heart Disease
4150	Acute Cor Pulmonale
416	Chronic Pulmonary Heart Disease
428	Heart Failure
4280	Congestive Heart Failure, Unspecified Congestive heart disease; Right heart failure (secondary to left heart failure)
4281	Left Heart Failure {Acute edema of lung} {Acute pulmonary edema} with heart disease NOS or heart failure; Cardiac asthma; Left ventricular failure
4282	Systolic Heart Failure

FASE 2 – REVISIONE DELLA LISTA INIZIALE (a cura del MMG - entro fine marzo)

- 3. Il MMG segnala quali pazienti della lista integrata sono in casa di riposo e quali non sono più in carico alla data odierna (es. cambio MMG)**
- 4. Il MMG restituisce la “lista integrata” all’infermiere che la consegna al Data Manager**

FASE 3 – GENERAZIONE LISTA FINALE CASI (a cura del data manager)

- 1. Il Data Manager rielabora con ACG l'intero archivio 2013 inserendo nel Medical Services Datafile tutte le diagnosi segnalate dal MMG con data inferiore al 1/1/2014**
- 2. Il Data Manager reinvia al MMG l'elenco dei pazienti con le variabili ACG aggiornate (“lista finale”).**

PERIODO DI RIFERIMENTO

A. Anno 2013

L'estrazione delle liste verrà inizialmente effettuato a partire dall'archivio ACG 2013; eventuali casi segnalati dal MMG che non rientrano in tale archivio vanno, in questa fase, tenuti in una lista di riserva, da usare solo per le decisioni cliniche e per il reclutamento nel programma di care management

ARCHIVI DI RIFERIMENTO

B. Anno 2014

Quando saranno disponibili i dati 2014 (indicativamente maggio 2015) verrà applicata la stessa metodica per identificare i nuovi casi di scompenso del 2014 da avviare al care management.

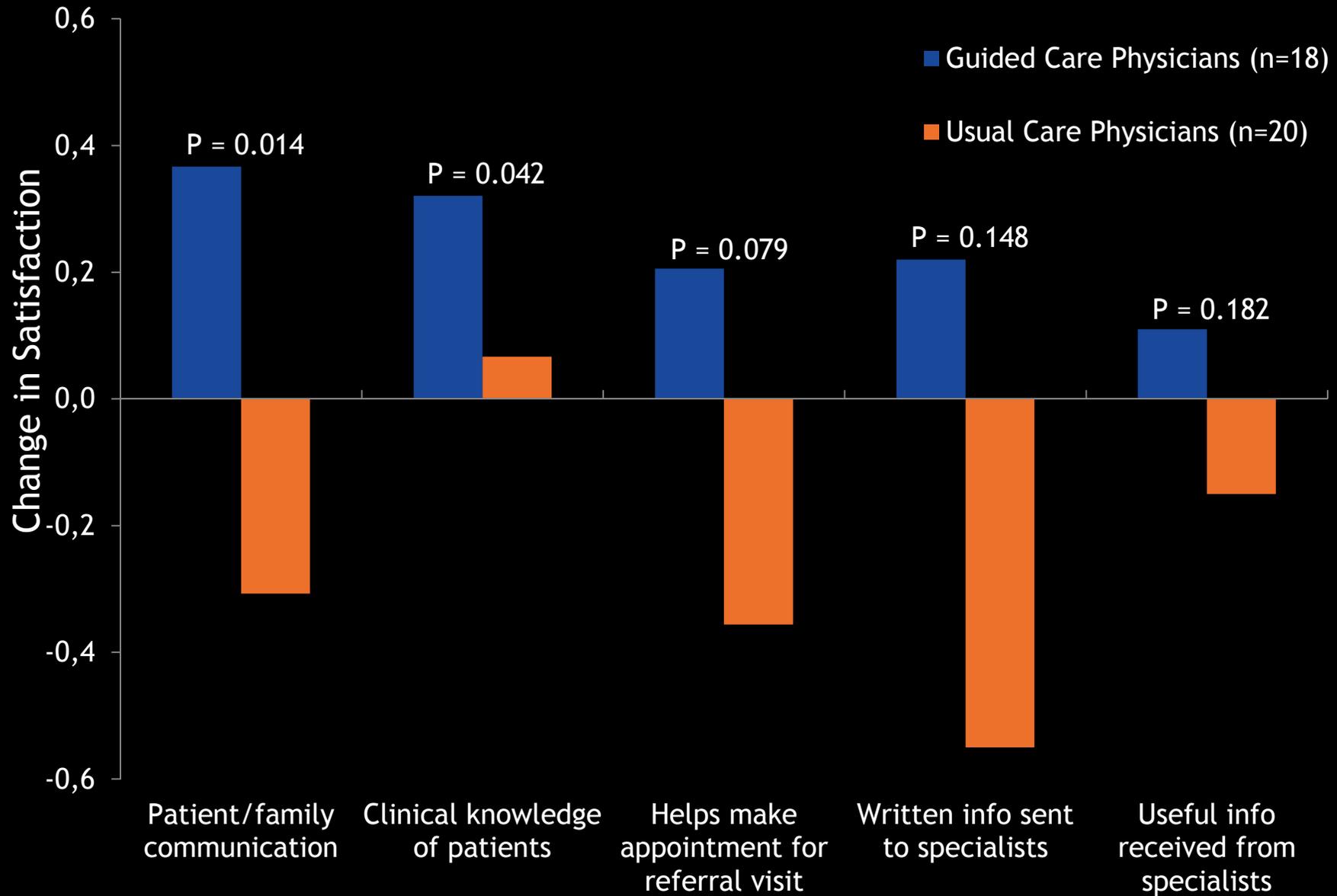
A luglio i data managers saranno in grado di produrre una lista nuova e piu' aggiornata di pazienti potenzialmente reclutabili nel programma di care management.

OPERATIVAMENTE

1. Esportazione dal dataset ACG del «Patients and ACG Results» (Tools/Export):
 - Filtri: EDC contains CAR05; line of business (stato in vita)=1; pcp_id=..... (MMG di interesse)
 - selezione di alcuni campi (id paziente, età, sesso, ACG, probabilità di ospedalizzazione,...)
2. Strutturazione file per il MMG (**formato in corso di definizione**)
3. Generazione del «Patient Clinical Profile Report» con i medesimi filtri (Menu Analyze) – File PDF di consultazione per il MMG

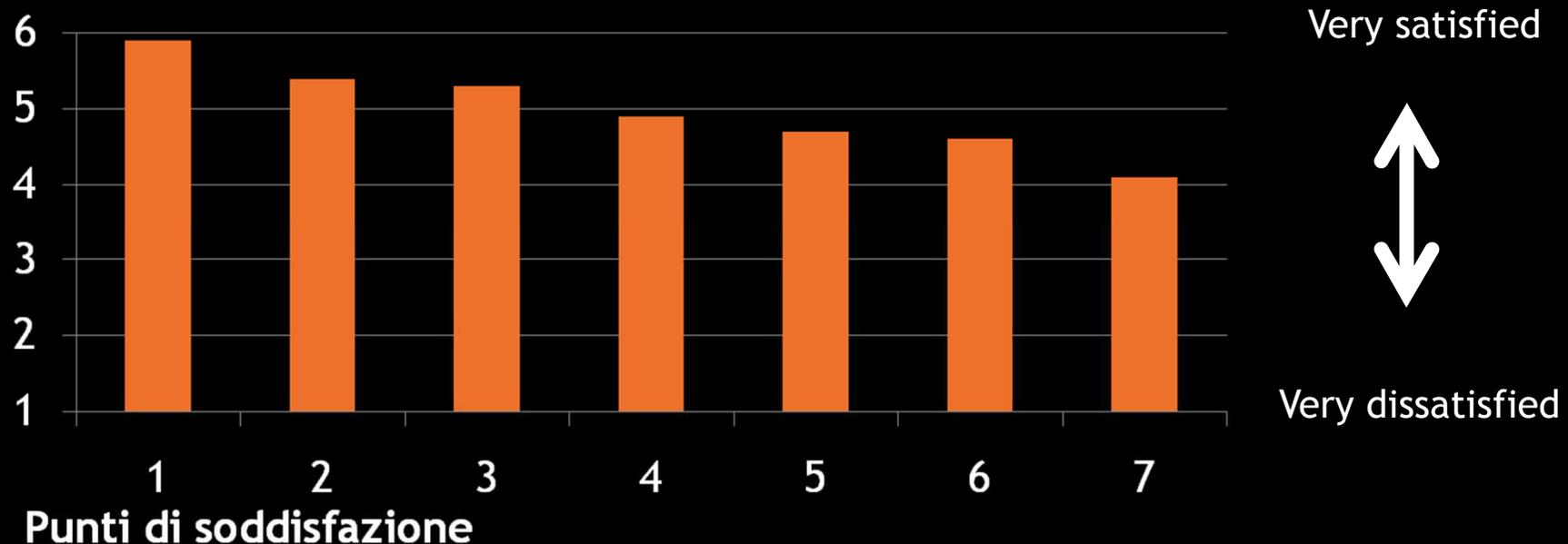
CONCLUSIONI

Alta soddisfazione dei medici



Marsteller JA et al. *Ann Fam Med* 2010

Gli Infermieri molto soddisfatti



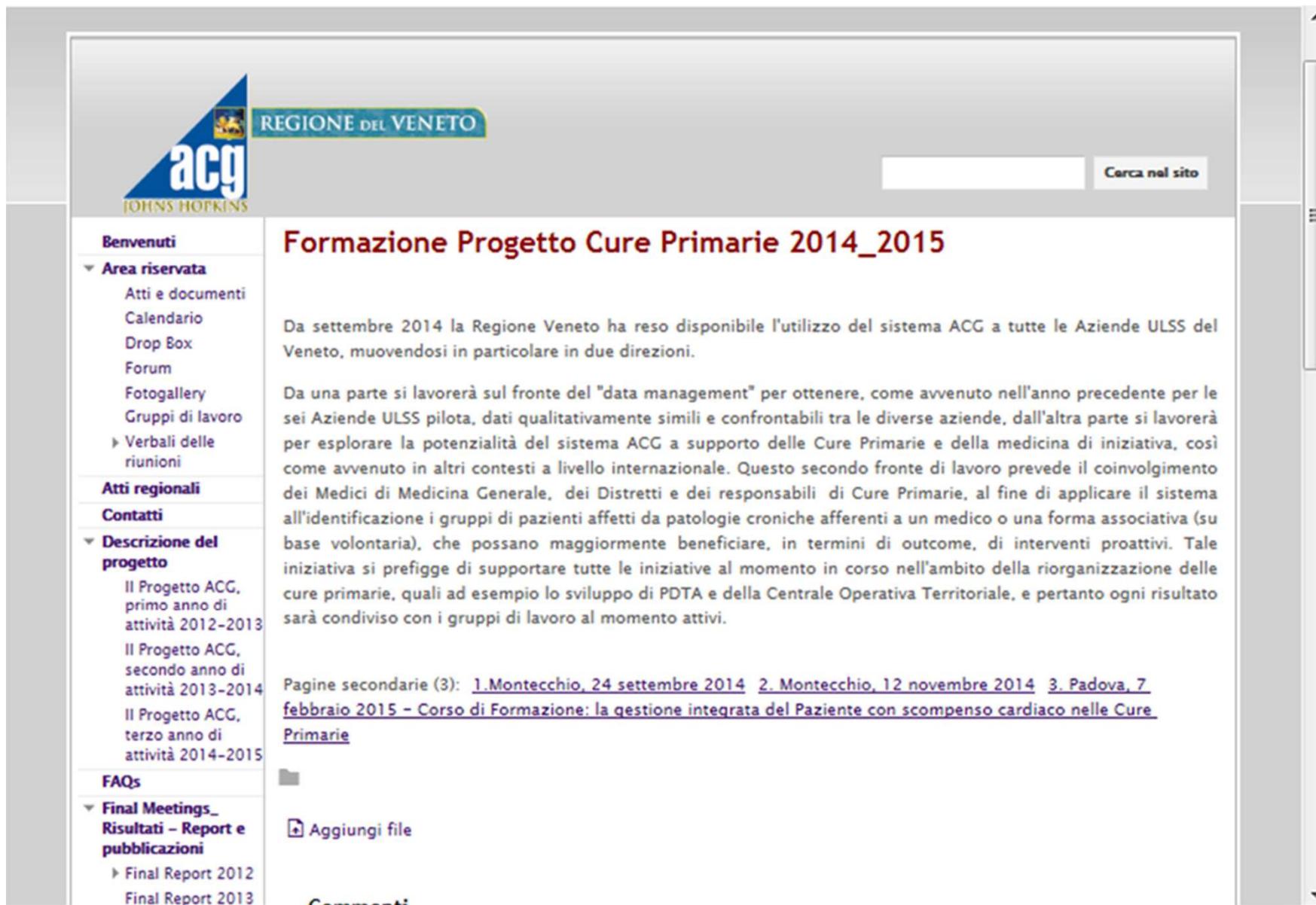
- 1 Familiarità con I pazienti
- 2 Stabilità dei pazienti nelle relazioni
- 3 Com. Con patzienti; disponibilità di info cliniche; continuityà delle cure per I pazienti
- 4 Efficienza visite in ufficio; accesso alle lineeguida
- 5 Monitoraggio pazienti; comunicazione con assistenti, badanti; efficienza del team delle cure primarie
- 6 Coordinamento delle cure; ricorso alle risorse sanitarie; educazione assistenti
- 7 Motivazione dei pazienti per una loro auto-gerstione

Boult et al. *J Gerontol* 2008

ARRIVEDERCI AL 27 FEBBRAIO

alle Grandi Stazioni

- **Incontro organizzativo con gli infermieri, senza crediti.**
- **Aperto anche a coordinatori, MMG e altro personale aziendale coinvolto in ACG.**
- **Revisione del materiale documentale e dell'applicativo presentato oggi per la presa in carico del paziente.**
- **Valutazione di alcune liste di pazienti (AA) con scompenso generate dai vostri Data Managers, incluso il Single Clinical Patient Profile.**
- **Dalle 9.30 alle 12.45.**



acg REGIONE DEL VENETO

Benvenuti

- Area riservata
 - Atti e documenti
 - Calendario
 - Drop Box
 - Forum
 - Fotogallery
 - Gruppi di lavoro
 - Verbalì delle riunioni
- Atti regionali
- Contatti
- Descrizione del progetto
 - Il Progetto ACG, primo anno di attività 2012-2013
 - Il Progetto ACG, secondo anno di attività 2013-2014
 - Il Progetto ACG, terzo anno di attività 2014-2015
- FAQs
- Final Meetings_ Risultati - Report e pubblicazioni
 - Final Report 2012
 - Final Report 2013

Formazione Progetto Cure Primarie 2014_2015

Da settembre 2014 la Regione Veneto ha reso disponibile l'utilizzo del sistema ACG a tutte le Aziende ULSS del Veneto, muovendosi in particolare in due direzioni.

Da una parte si lavorerà sul fronte del "data management" per ottenere, come avvenuto nell'anno precedente per le sei Aziende ULSS pilota, dati qualitativamente simili e confrontabili tra le diverse aziende, dall'altra parte si lavorerà per esplorare la potenzialità del sistema ACG a supporto delle Cure Primarie e della medicina di iniziativa, così come avvenuto in altri contesti a livello internazionale. Questo secondo fronte di lavoro prevede il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei Distretti e dei responsabili di Cure Primarie, al fine di applicare il sistema all'identificazione i gruppi di pazienti affetti da patologie croniche afferenti a un medico o una forma associativa (su base volontaria), che possano maggiormente beneficiare, in termini di outcome, di interventi proattivi. Tale iniziativa si prefigge di supportare tutte le iniziative al momento in corso nell'ambito della riorganizzazione delle cure primarie, quali ad esempio lo sviluppo di PDTA e della Centrale Operativa Territoriale, e pertanto ogni risultato sarà condiviso con i gruppi di lavoro al momento attivi.

Pagine secondarie (3): [1. Montecchio, 24 settembre 2014](#) [2. Montecchio, 12 novembre 2014](#) [3. Padova, 7 febbraio 2015 - Corso di Formazione: la gestione integrata del Paziente con scompenso cardiaco nelle Cure Primarie](#)

Aggiungi file

Commenti

A scenic view of a Venetian canal, likely the Grand Canal, with several gondolas. In the foreground, the dark, polished prow of a gondola is visible. In the middle ground, another gondola is being rowed by a gondolier in a striped shirt. The background features historic Venetian buildings with ornate facades and windows, reflected in the water. The sky is a clear, pale blue.

Grazie per l'attenzione!

Dr. Maria Chiara Corti

maria.chiara.corti@regione.veneto.it

acg@regione.veneto.it

DIVISIONE DI CARDIOLOGIA

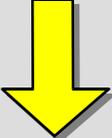
- PRIMARIO DR. D.MARCHESE
- **AMBULATORIO DEDICATO ALLO SCOMPENSO CADIACO**
 - E. GARELLI, M.MARTINES
 - CLELIA FABBIAN ALBERTA PINATO DANIELA CHINELLO
 - LUCIA CAZZAGON LORETTA BELLAN



Insufficienza Cardiaca cronica

TRATTAMENTO: OBIETTIVI

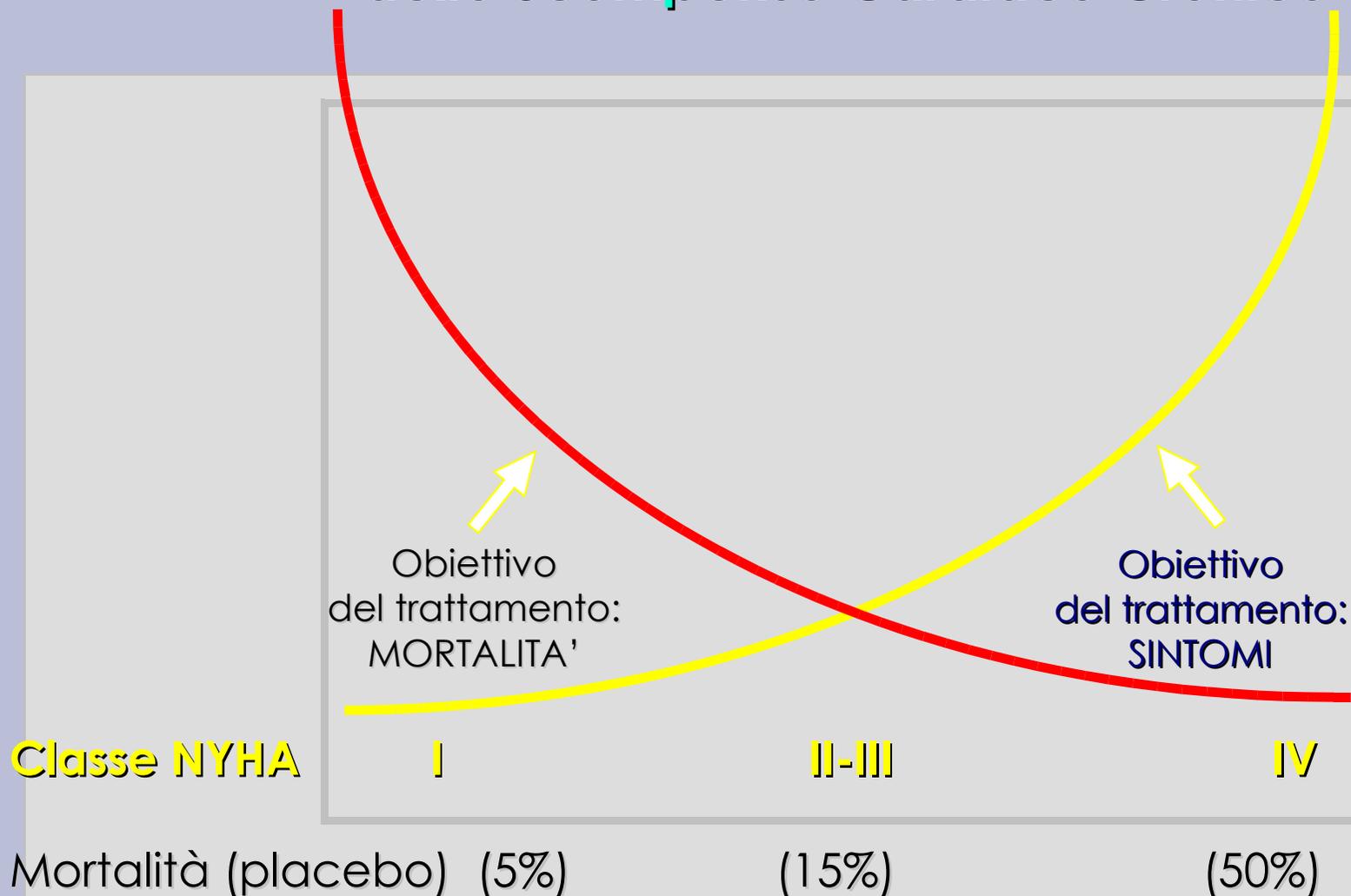
 **Sopravvivenza**

 **Ospedalizzazioni**

 **Qualità della vita**

 **Progressione dello SC**

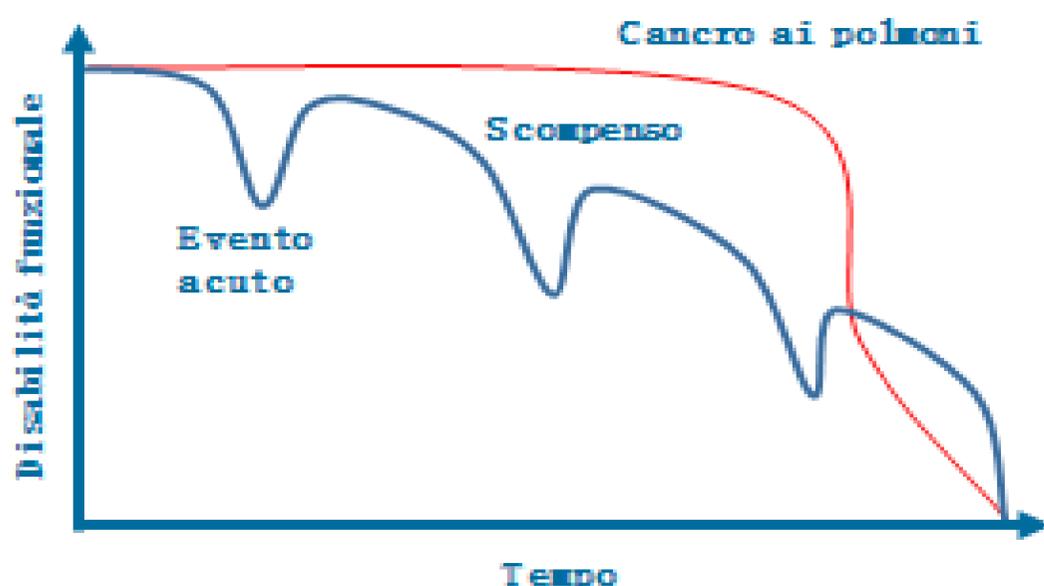
Obiettivi del trattamento dello Scompenso Cardiaco Cronico



Cleland, Br Heart J 1994; 72 (suppl): 73-79

Caratteristiche del Paziente con Scompenso

Ogni evento acuto peggiora l'aspettativa di vita



Ogni evento acuto ha conseguenze irreversibili sulla funzionalità cardiaca



Prevenire l'episodio acuto può migliorare la prognosi del paziente, ridurre i ricoveri, migliorare la QoL

Source: More "malignant" than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure.
Eur J Heart Failure 2001; 3:315-22

Lo scompenso cardiaco dalla fisiopatologia alla terapia

Elisabetta Garelli
7 febbraio 2015



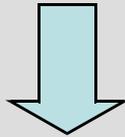
Definizione storica

**Condizione nella quale il cuore è
incapace
di scaricare adeguatamente
il proprio contenuto di sangue**

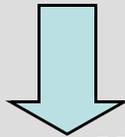
Lewis T Diseases of the Heart, McMillan, London, 1933

Meccanismi fisiopatologici

**Iniziale danno miocardico, che induce una
disfunzione ventricolare**



**Serie complessa di risposte adattative o di
compenso di tipo circolatorio-emodinamico e
neuro-ormonale**



**Comparsa di una condizione di scompenso
cardiaco conclamato**

Scompenso cardiaco

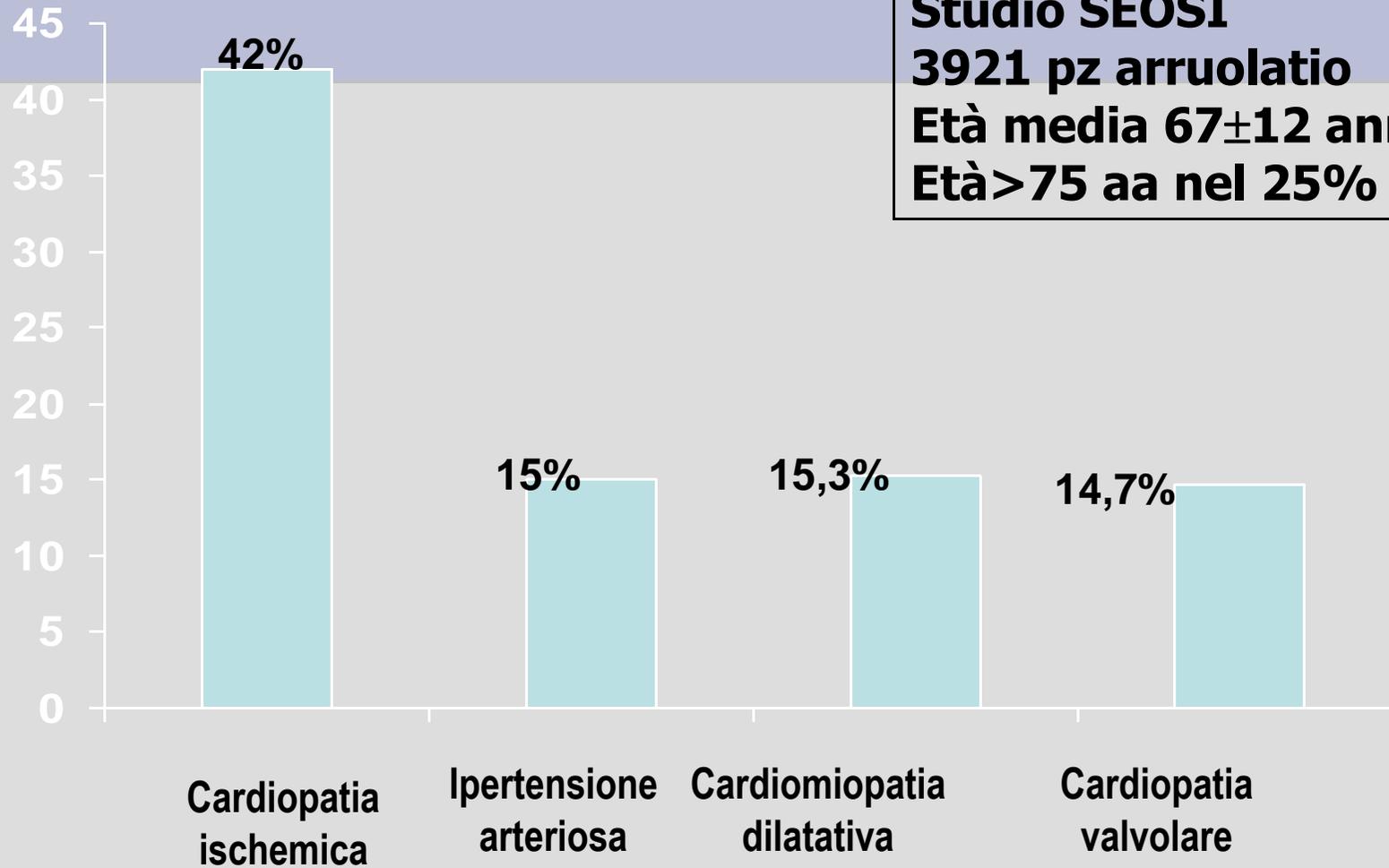
Definizione attuale

**Una sindrome clinica
causata da una cardiopatia
e
caratterizzata da un tipico quadro
emodinamico, renale e **neuro-ormonale****

Poole-Wilson PA et al. Heart Failure, Churchill Livingstone Inc, London, 1997.

Eziologia

Studio SEOSI
3921 pz arruolato
Età media 67±12 anni
Età >75 aa nel 25%



Eur Heart J 1997;18:1457

**Essendo una diagnosi difficile
ed insidiosa è necessario.....**

ELEMENTARE WATSON !!!



Caratteristiche di un buon investigatore

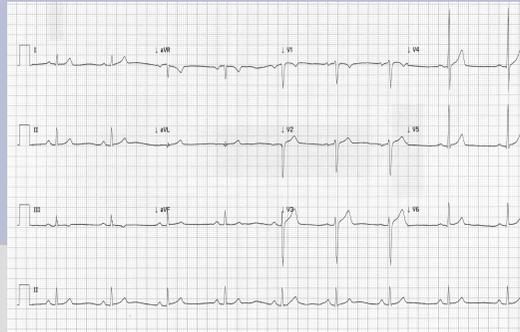
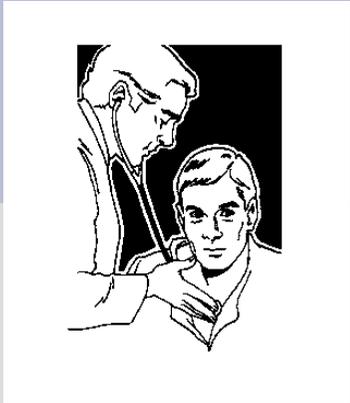
Innanzitutto, prima dell'utilizzo di apparecchi specifici, l'investigatore deve mettere a frutto le sue doti di osservazione, di ricerca, di creatività e discrezione. Il detective, per condurre la propria indagine, lavora in modo scientifico: deduzione, ipotesi, verifica, teoria.



QUINDI...

- Scienza
- Conoscenza
- Intuito
- Metodo

2°

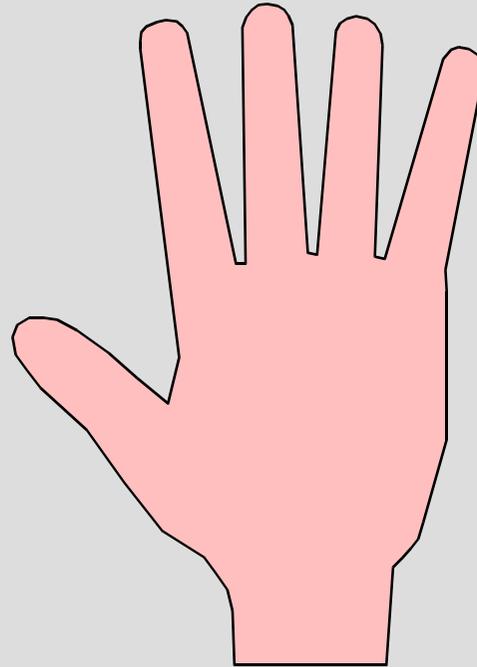
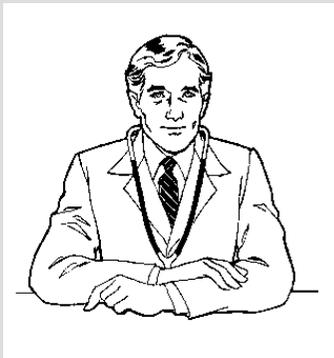


3°



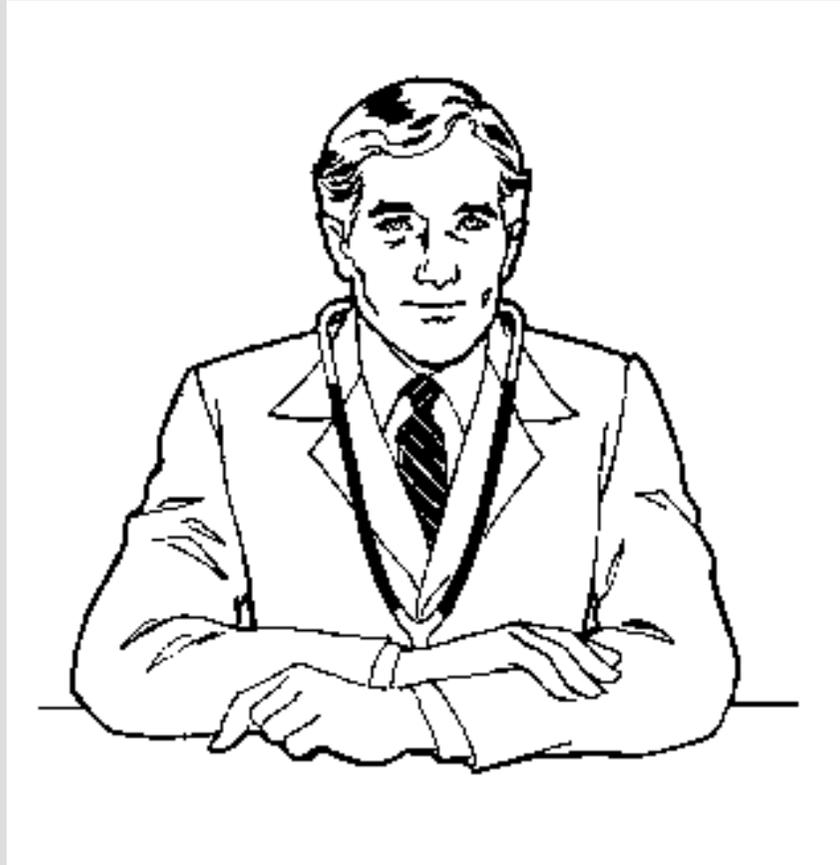
4°

1°



5°

1-ANAMNESI



ASPETTO DEL PAZIENTE

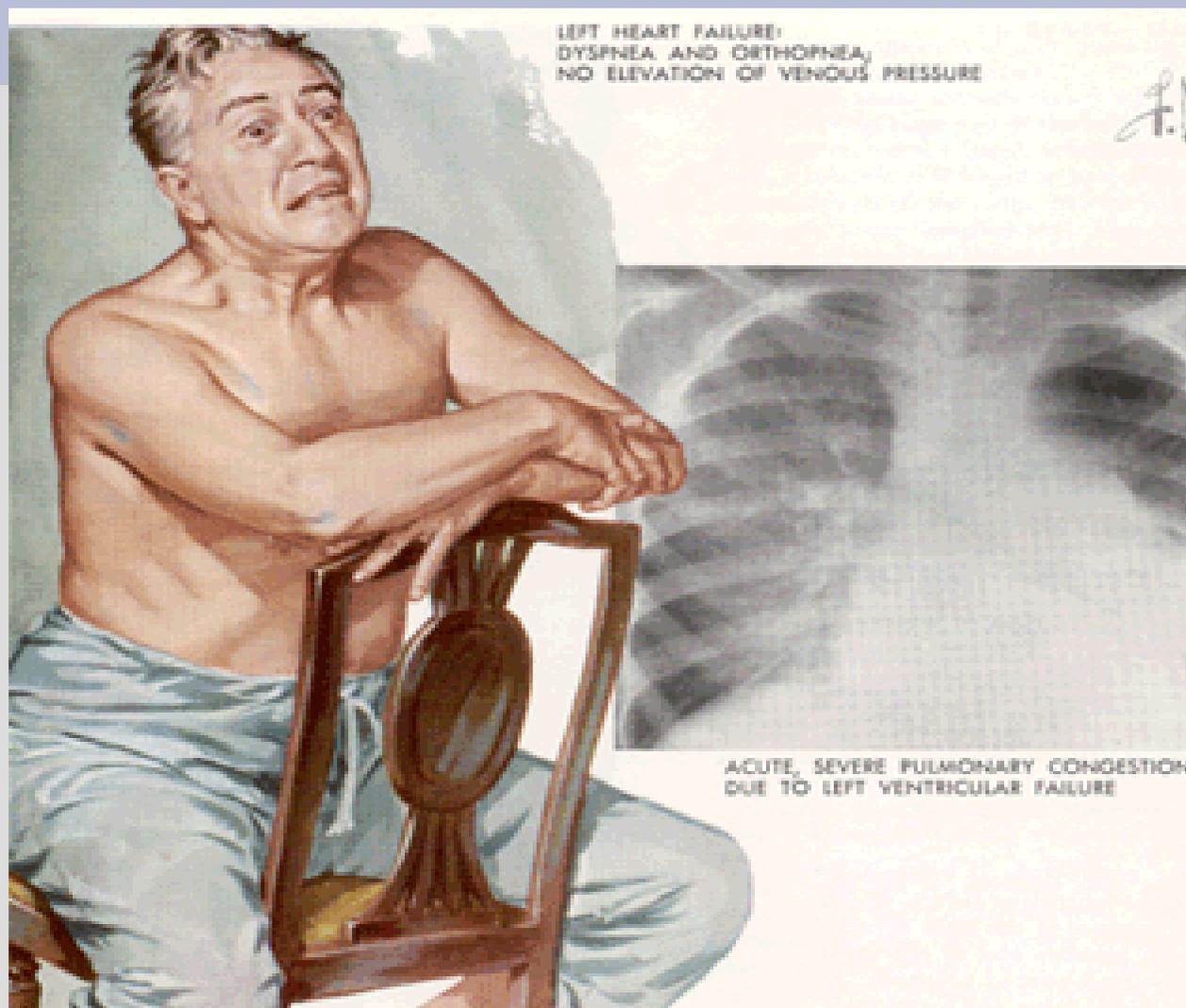
- **CONOSCENZA DELLA PERSONA**
- **ASPETTO GENERALE**
- **COLORITO**
- **GRADO DI PREOCUPAZIONE**
- **MODO DI COMUNICARE I SINTOMI**



Sospetto clinico

- **Pazienti con fattori di rischio cardiovascolare**
- **Pazienti con familiarità per scompenso, cardiomiopatie, morte improvvisa**
- **Pazienti che riferiscono:**
 - **riduzione della tolleranza allo sforzo**
 - **gonfiore alle caviglie o ai polpacci**
 - **aumento di peso inspiegato**
 - **affanno da sforzo o a riposo o tosse stizzosa**
 - **inappetenza**
 - **oliguria e/o nicturia**
 - **insonnia o decubito semi-ortopnoico (2 cuscini)**

SINTOMI



NUOVO LINGUAGGIO



● NYHA

CLASSIFICAZIONE FUNZIONALE DELLA NEW YORK HEART ASSOCIATION

**D
I
S
P
N
E
A**

CLASSE IV

Incapacità di eseguire qualsiasi attività.
Pazienti sintomatici a riposo

CLASSE III

Marcata limitazione all'attività fisica ordinaria. Asintomatici solo a riposo

CLASSE II

Leggera limitazione all'attività fisica ordinaria.

CLASSE I

Nessuna limitazione all'attività fisica ordinaria

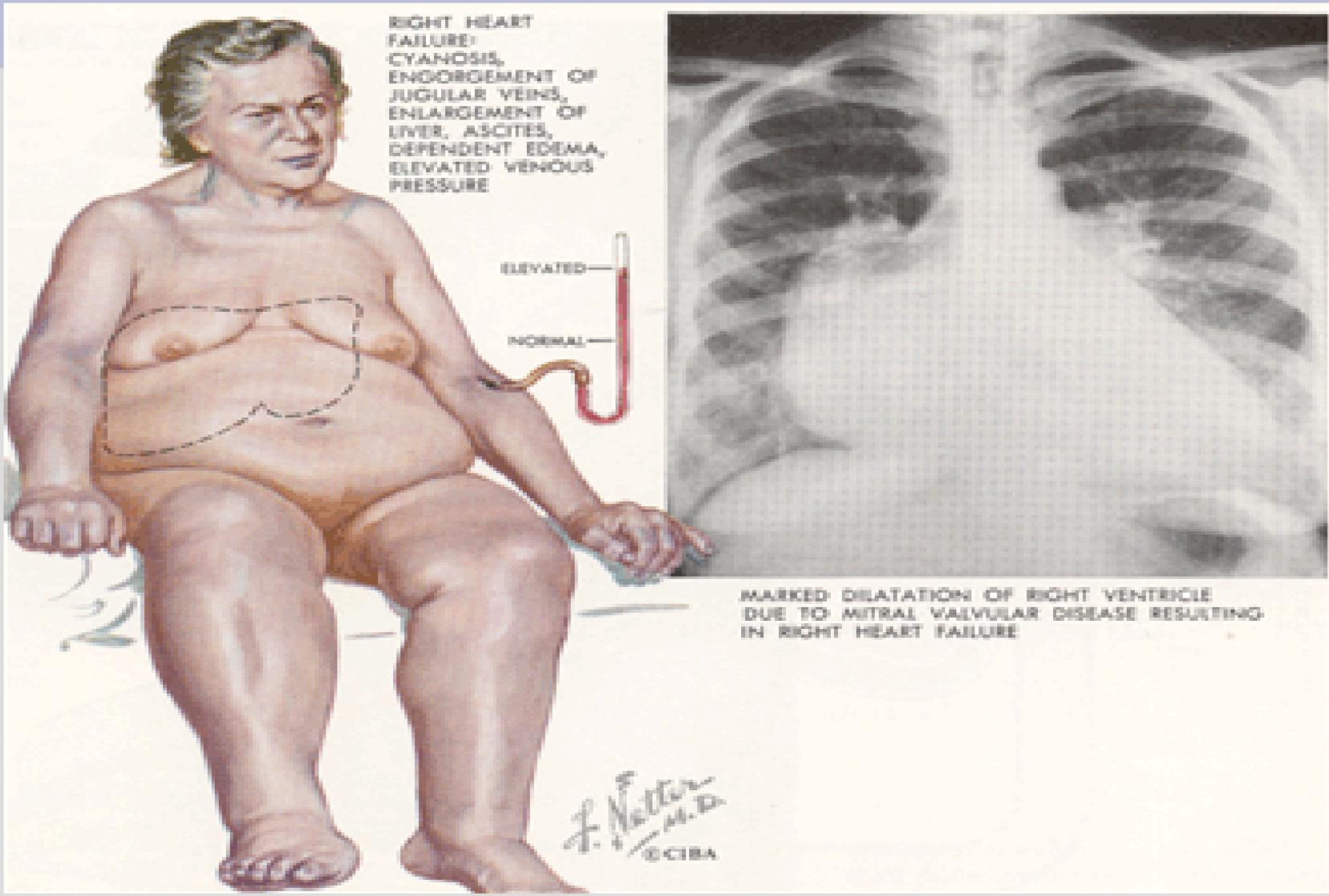
ATTIVITA' FISICA

2- ESAME OBIETTIVO

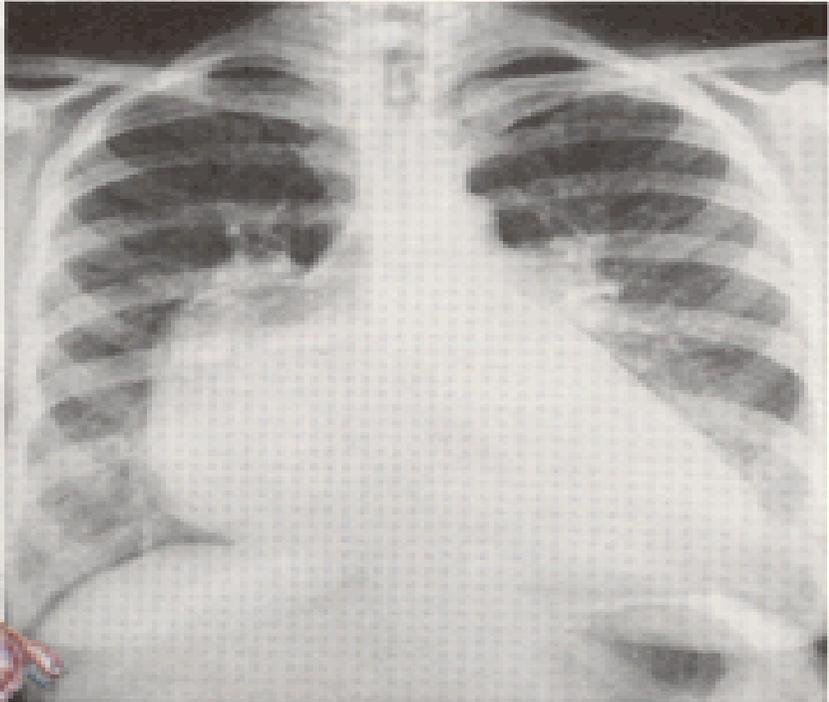


Esame obiettivo

- **Tachicardia / aritmie**
- **Tachipnea**
- **Vasocostrizione periferica**
- **Elevata pressione giugulare**
- **Edemi declivi o congestione epatica**
- **Toni aggiunti, ritmo di galoppo**
- **Soffi cardiaci**
- **Sibili / rantoli polmonari**
- **PRESSIONE ARTERIOSA**



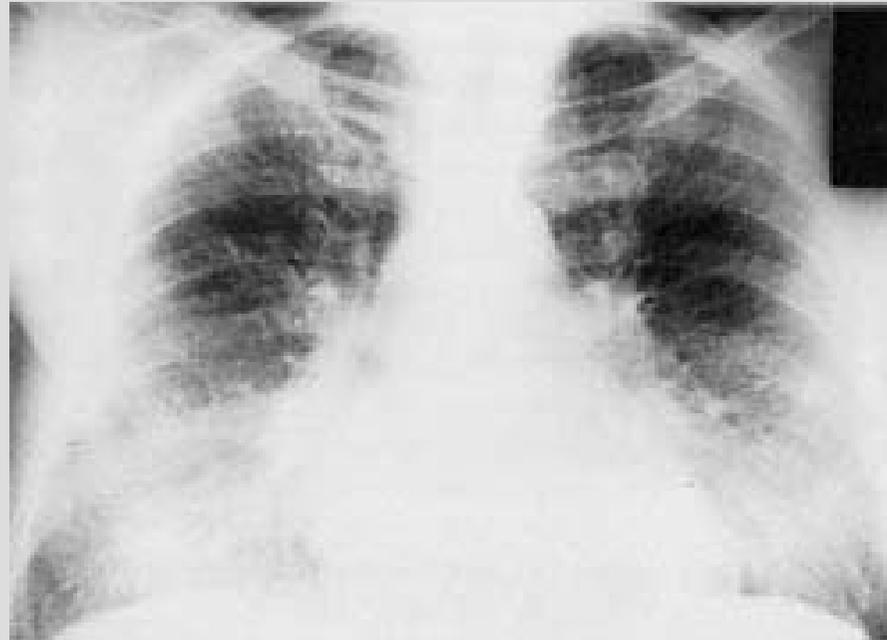
RIGHT HEART FAILURE:
CYANOSIS,
ENGORGEMENT OF
JUGULAR VEINS,
ENLARGEMENT OF
LIVER, ASCITES,
DEPENDENT EDEMA,
ELEVATED VENOUS
PRESSURE



MARKED DILATATION OF RIGHT VENTRICLE
DUE TO MITRAL VALVULAR DISEASE RESULTING
IN RIGHT HEART FAILURE

F. Netter
M.D.
© CIBA

3 ECG RX -TORACE





“ Un ECG normale suggerisce che la diagnosi di SC dovrebbe essere rivalutata ” ESC Guidelines for CHF, 2005

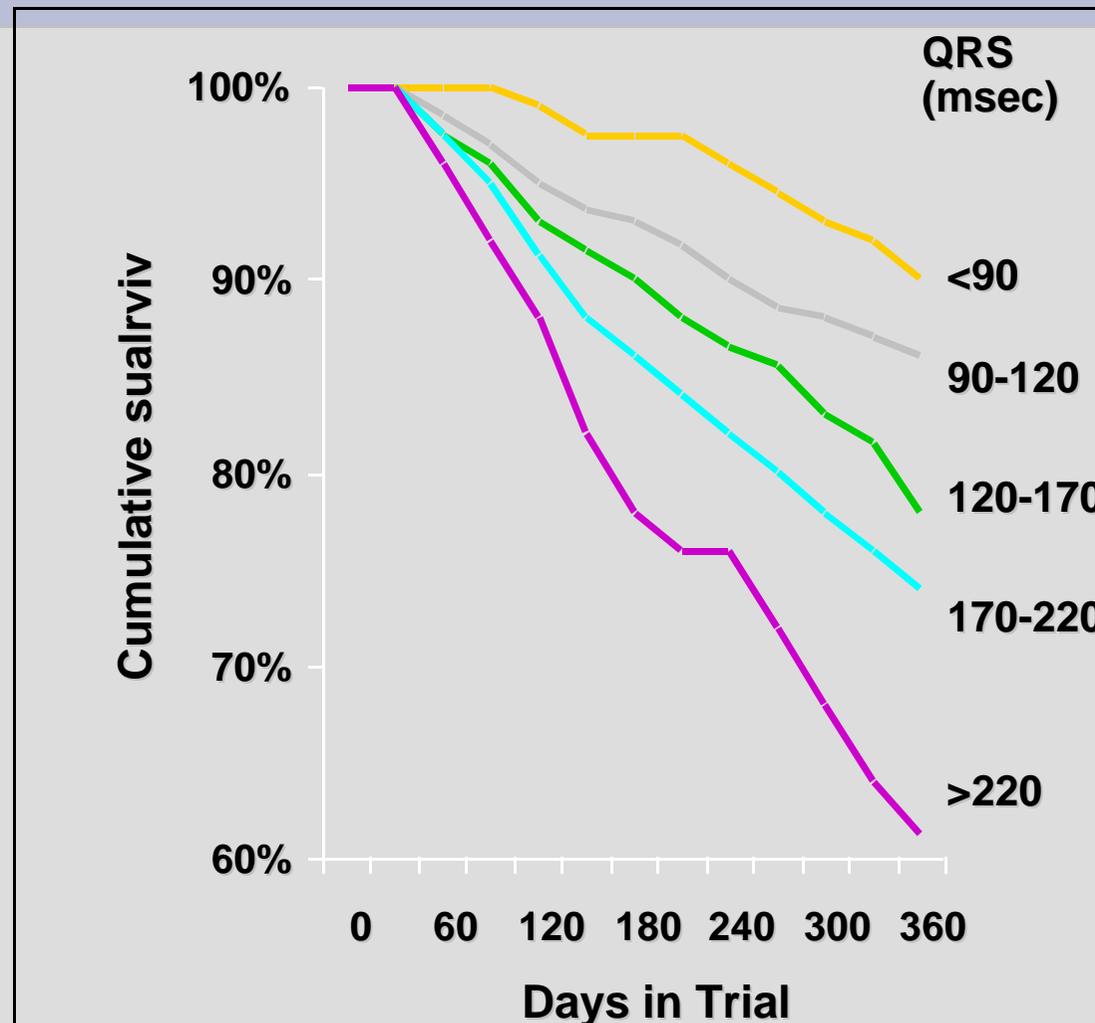
Reperti più frequenti: Fibrillazione atriale
Necrosi miocardica
Ipertrofia VS
Blocco di Branca
Emiblocco anteriore sn
Deviazione assiale sn

Davie AP et al. Br. Med. J. 1996;312:222

Esami strumentali: ECG

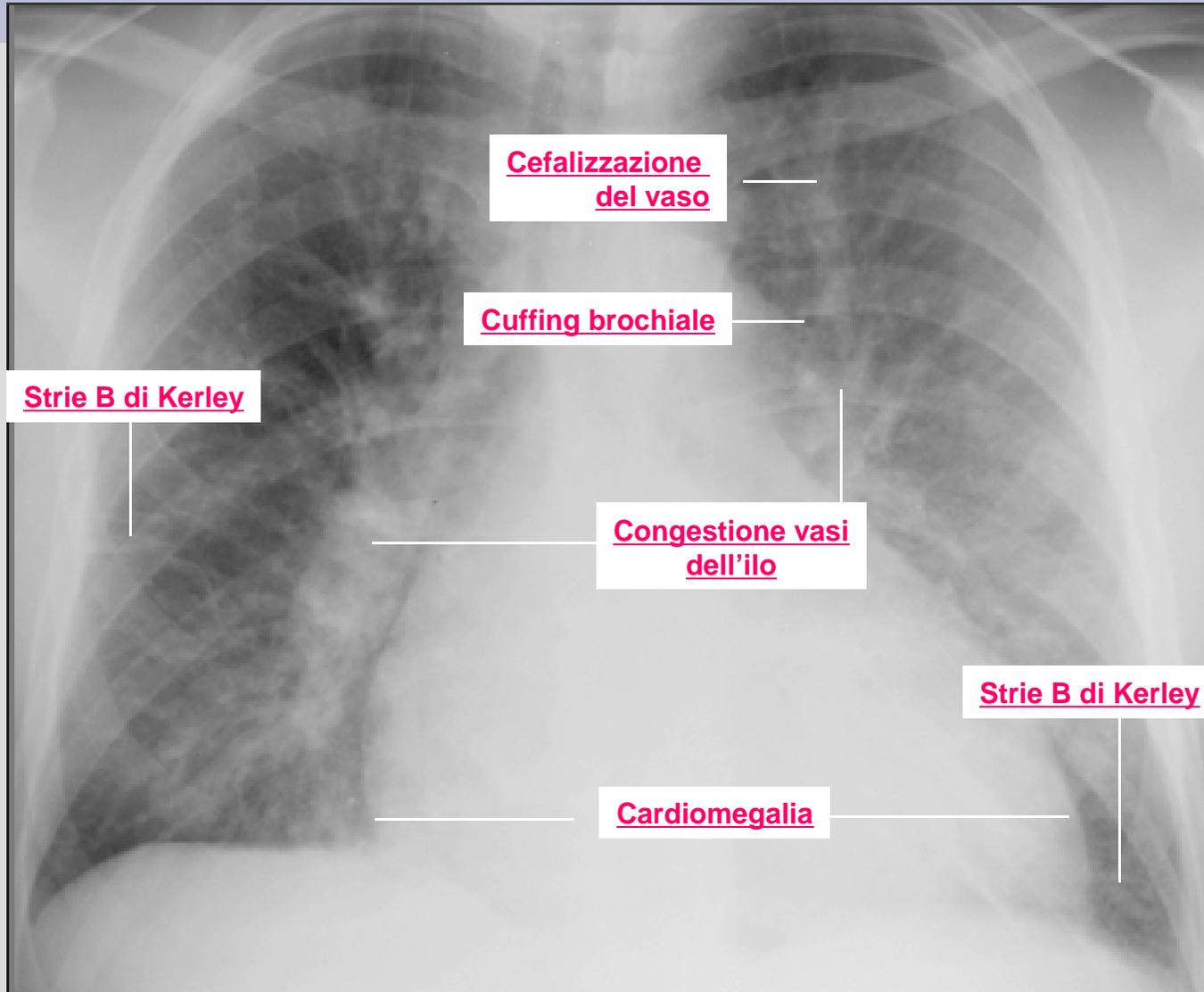
Vesnarinone Study ¹ (VEST study analysis)

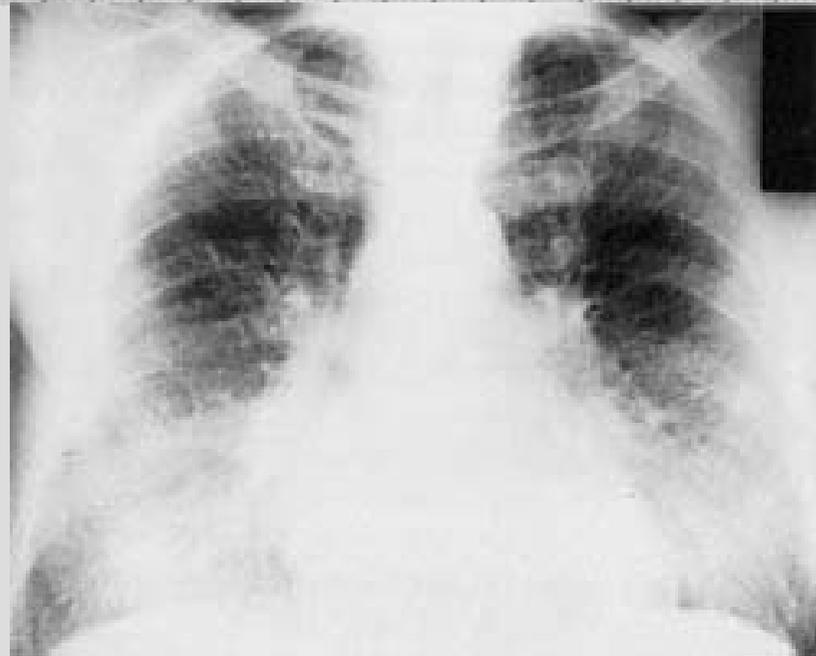
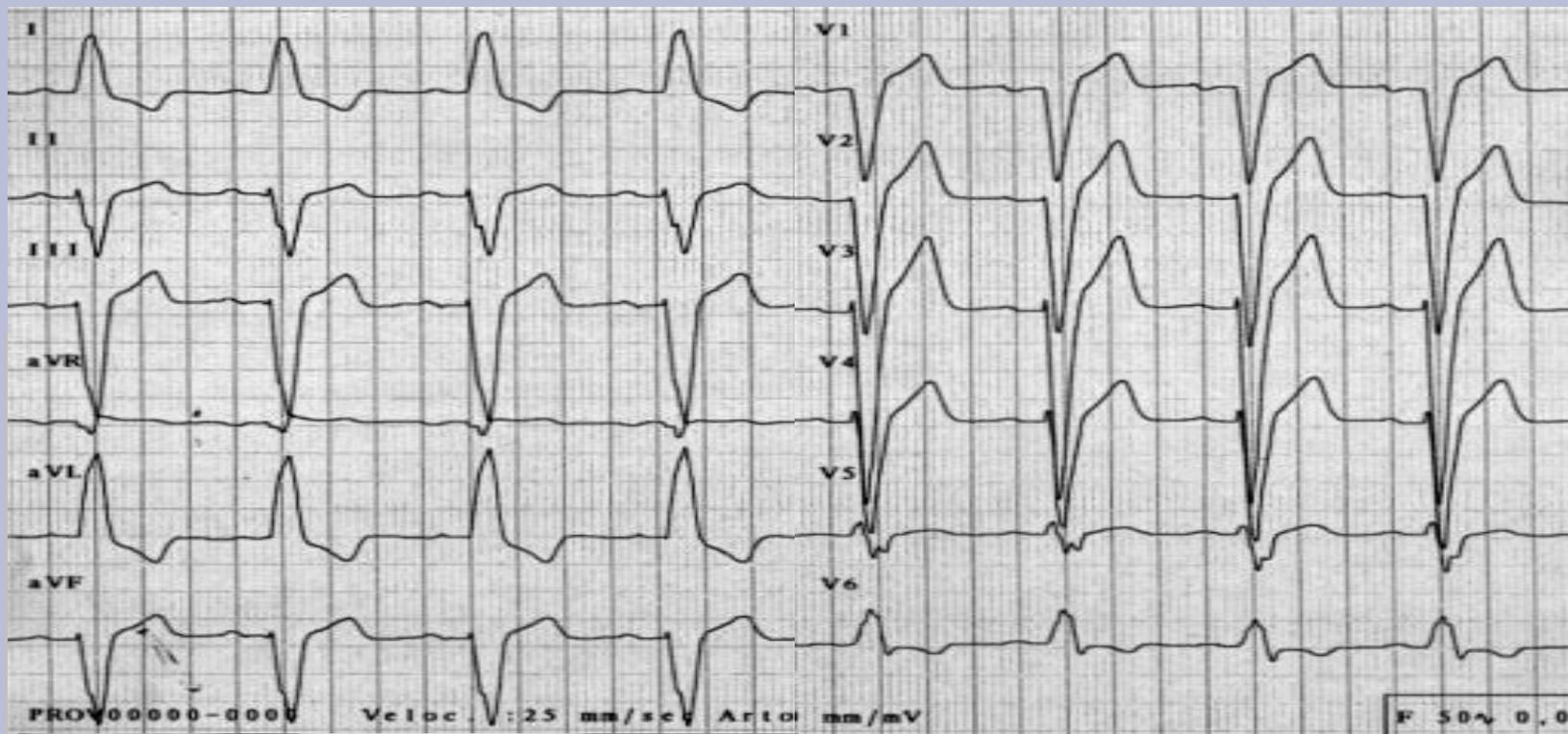
- **Pazienti Classe NYHA II-IV**
- **La durata del QRS è risultata predittore indipendente di mortalità**
- **Il rischio relativo dei pazienti con QRS + largo è 5 volte superiore al rischio dei pazienti con QRS + stretto**



¹ JACC 1999;33(2) :145 [Abstr847-4]

Rx torace nello Scompenso Cardiaco





ELEMENTARE WATSON !!!



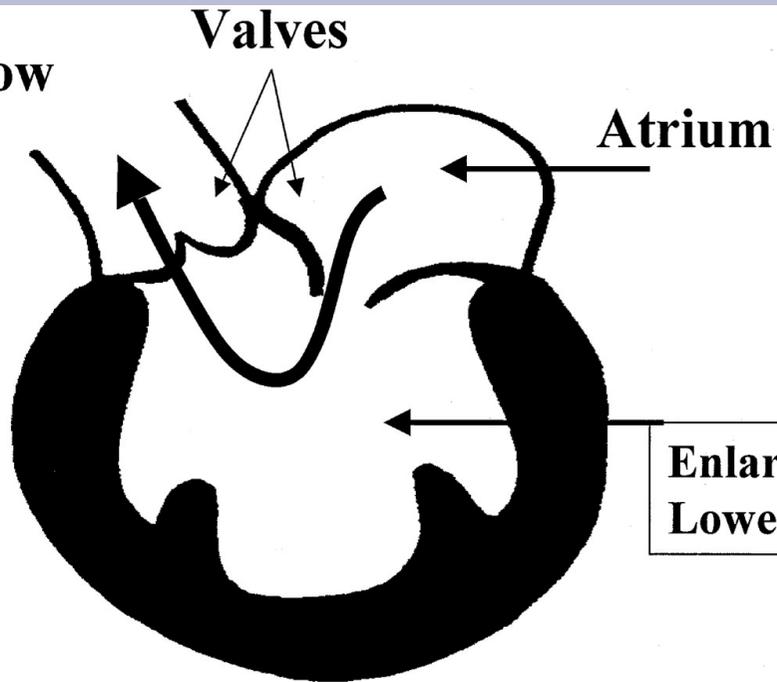
4-ECOCARDIOGRAMMA



Insufficienza cardiaca

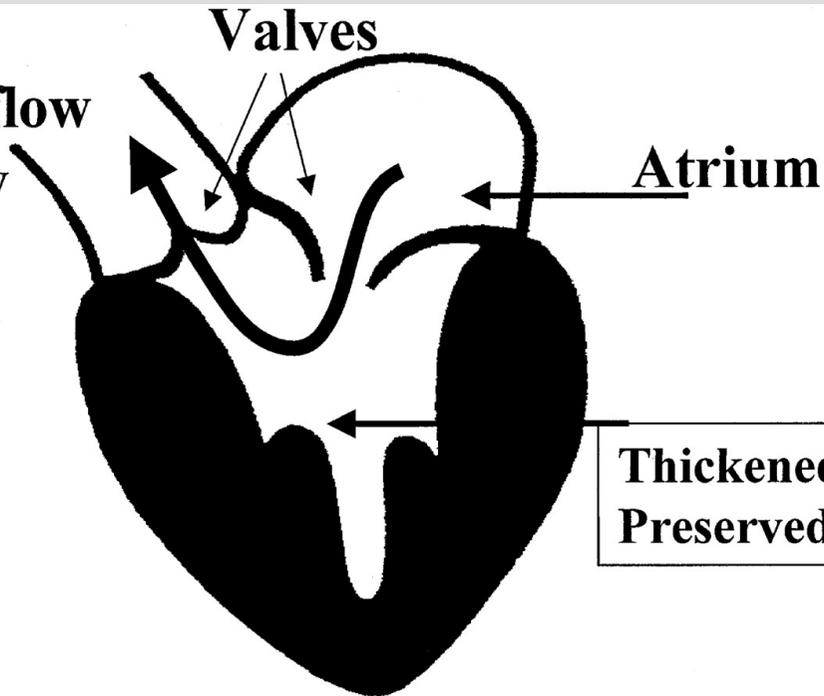
II CUORE E' INCAPACE DI ESPELLERE
SANGUE(**FUNZIONE SISTOLICA**) E/O DI
RIEMPIRSI(*FUNZIONE DIASTOLICA*)

Blood flow
to body



**Sistolica:
ridotta contrattilità**

Blood flow
to body



**Diastolica:
ridotto riempimento**



Se vi è il “sospetto” clinico di SC è necessaria la conferma tramite **ECOCARDIOGRAFIA:**

- **Metodo più affidabile per documentare la disfunzione cardiaca a riposo.**
 - **La FE è il parametro più importante per misurare la funzione ventricolare sinistra.**
-
- **Esclude una concomitante patologia strutturale valvolare.**
 - **Valutazione dimensioni delle camere cardiache.**
 - **Valutazione degli spessori e della geometria parietale.**
 - **Valutazione semi-quantitativa della funzione valvolare.**
 - **Valutazione della funzione diastolica VS con studio delle pressioni di riempimento.**

COME ORIENTARSI CON IL REFERTO ECOCARDIOGRAMMA

- **DATI NUMERICI**
- **DESCRIZIONE DETTAGLIATA**

Frazione di eiezione

RANGE DIAGNOSTICI DEI PARAMETRI

NORMALE	65-55%
LIEVEMENTE RIDOTTA	55-45%
MODERATAMENTE RIDOTTA	45-35%
GRAVEMENTE RIDOTTA	< 35%



Ecocardiogramma Transtoracico

Paziente: [REDACTED] Et : 66 anni Data esame: 24 gen 2008
ID Paziente: [REDACTED] Altezza (cm): [REDACTED] Peso (kg): [REDACTED] BSA: 1.8 P.A.O.: [REDACTED]
N : 50 Provenienza: UTIC
Note Cliniche: SCOMPENSO CARDIACO IN IOCARDIOPATIA POSTINFARTUALE

PARAMETRI DIMENSIONALI

Ventricolo sinistro

D.T.D. (cm): 7.2

V.T.D. (ml/mq): 107

V.T.S. (ml/mq): 75

S.I.V.T.D. (cm): 0.9

F.E. (%): 30

P.P.T.P. (cm): 0.9

MV: 0.7

Atrio sinistro

Diametro AP (cm): 4.8

Aorta

Rad. Ao. (cm): 3.2

Ventricolo destro

D.T.D. (cm): 2.4

F.E. (%): 45

Atrio destro

Polmonare

Pericardio

Versamento: SI

COMMENTO

Ventricolo sx discretamente dilatato con acinesia della parete anterolaterale e dell'apice. Funzione globale di pompa marcatamente depressa.
Atrio sx moderatamente ingrandito Cuspidi aortiche ispessite, mobili.
V.Dx di normali dimensioni con dinamica ssiotlica lievemente depressa. Cateteri stimolatori endocavitari a dx
Scollamento pericardico posteriore.

COLOR-DOPPLER (PW-CW)

Mitrale

Insufficienza: 1+/4

Dec. onda E (msq): 100 ms

Evel./Avel.: > di 1

Aorta Normale

Tricuspidale

Insufficienza: 1+/4

P.S.V.dx (mmHg): 57

Polmonare

Insufficienza: 1+/4

CONCLUSIONI

Miocardipatia dilatativa postinfartuale con esiti di necrosi anterolaterale ed apicale con dinamica sistolica del V.Sx marcatamente depressa.
Insufficienza mitralica lieve, Pattern di riempimento ventricolare di tipo restrittivo
Insufficienza tricuspide lieve, ipertensione polmonare di media entita'
Minimo versamento pericardico

Il responsabile:

Dr. Stefano Bongiovi

L'Operatore:

Dr.ssa Elisabetta Garelli

5 ESAMI BIOUMORALI



QUALI INFORMAZIONI

Gli esami ematochimici sono utili nella ricerca dei *fattori precipitanti* una instabilizzazione, nel *graduare la gravità* dello scompenso e alcuni di essi sono infine *indicatori prognostici*.

Un buon monitoraggio degli esami di laboratorio aumenta la sicurezza dell'impiego a dosi adeguate dei farmaci per lo scompenso cardiaco.

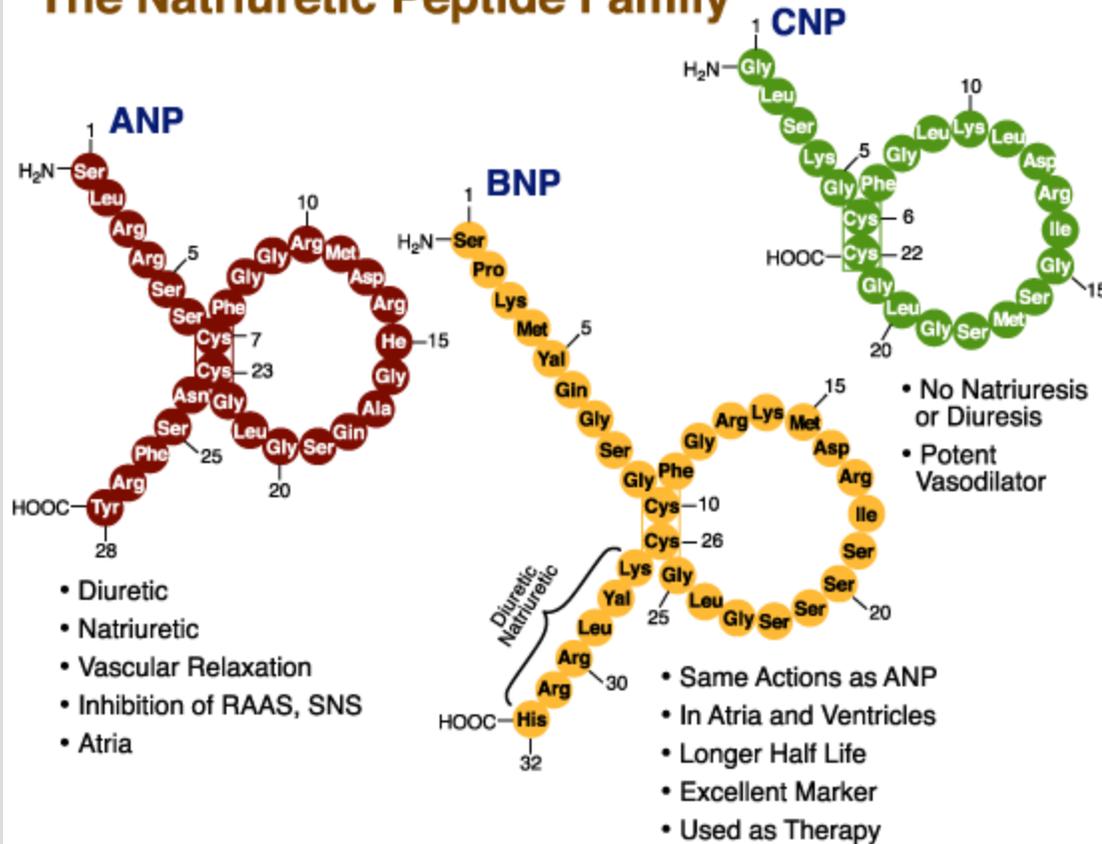
RICERCA DELLE COMORBILITA'

COMORBILITA'

- **EMOCROMO**
- **FUNZIONALITA' RENALE**
- **ELETTROLITI**
- **GLICEMIA**
- **DIGOSSINEMIA**

I PEPTIDI NATRIURETICI

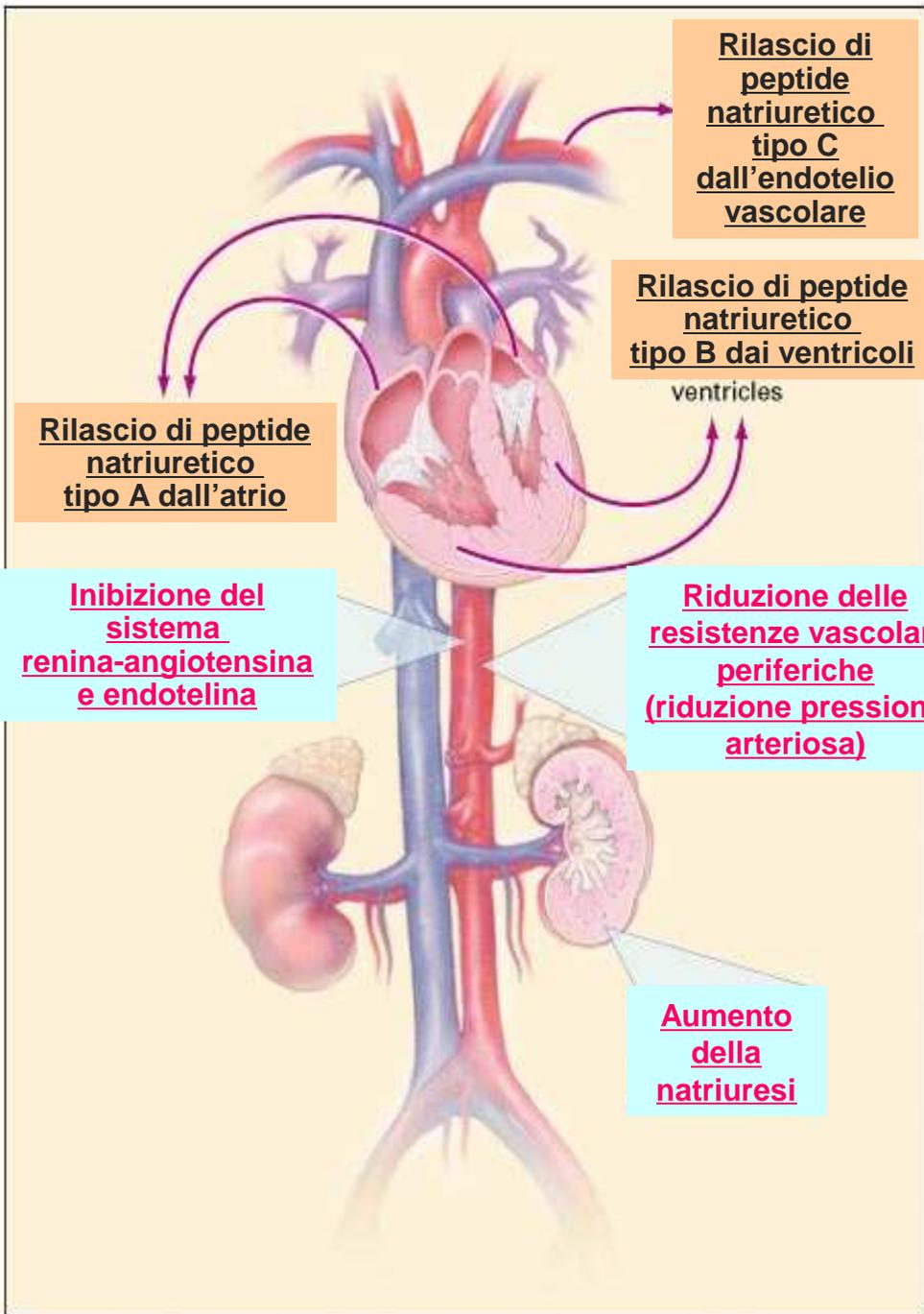
The Natriuretic Peptide Family



Determinazione del BNP

Il BNP è un ormone secreto principalmente dal ventricolo.

Appartiene ad un gruppo di peptidi che sono coinvolti nella regolazione della diuresi, della natriuresi e che sono antagonisti del sistema renina- angiotensina-aldosterone, catecolamine etc...



PRODUZIONE E SECREZIONE DEL BNP

Cardiomiocita

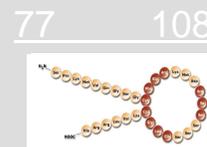


ProBNP

STRESS DI PARETE



NT-BNP



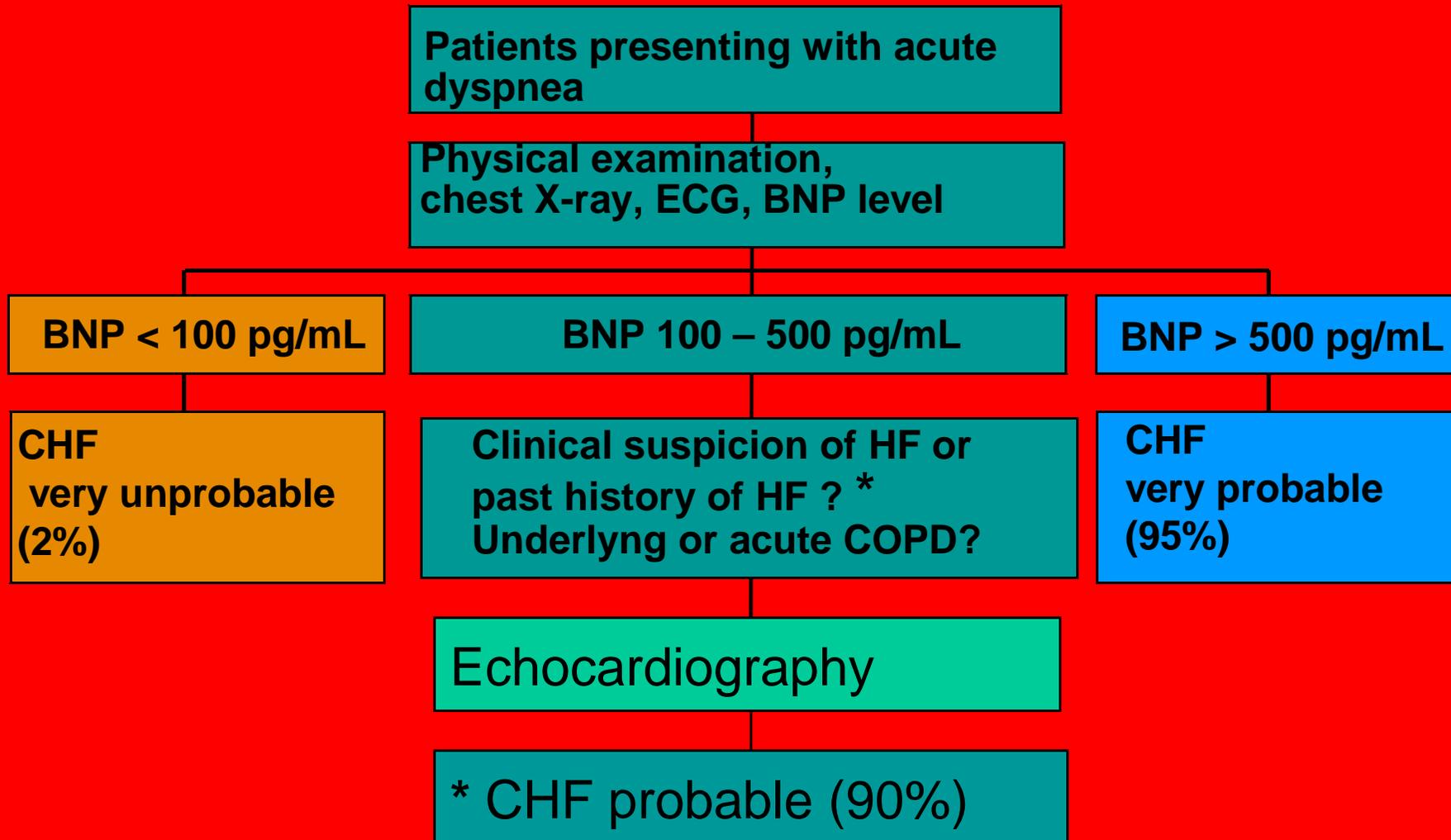
BNP

Sangue

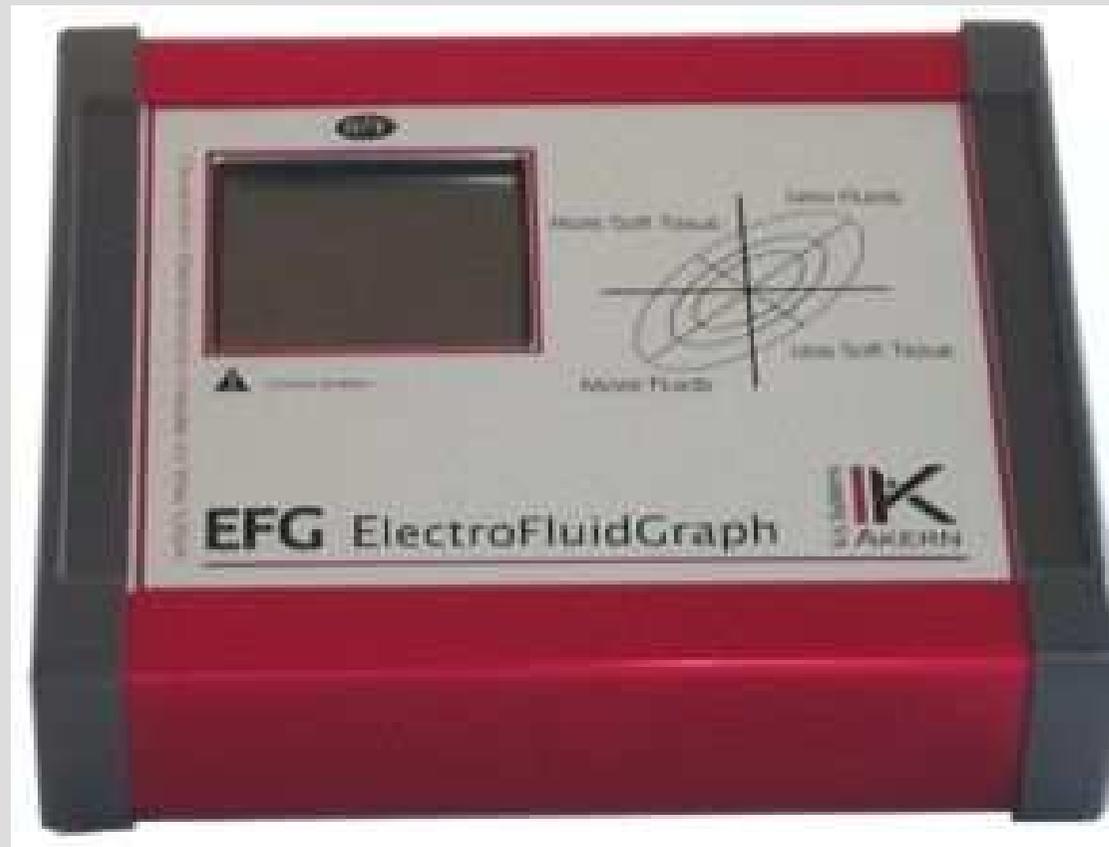
I peptidi natriuretici

- La concentrazione plasmatica di alcuni peptidi natriuretici o dei loro precursori, BNP e NT-proBNP in particolare, sono utili nella diagnosi di scompenso cardiaco
- Una concentrazione bassa-normale in un paziente non trattato rende improbabile la diagnosi di scompenso cardiaco

Heart Failure Diagnostic Algorithm



BIOIMPEDENZIOMETRIA

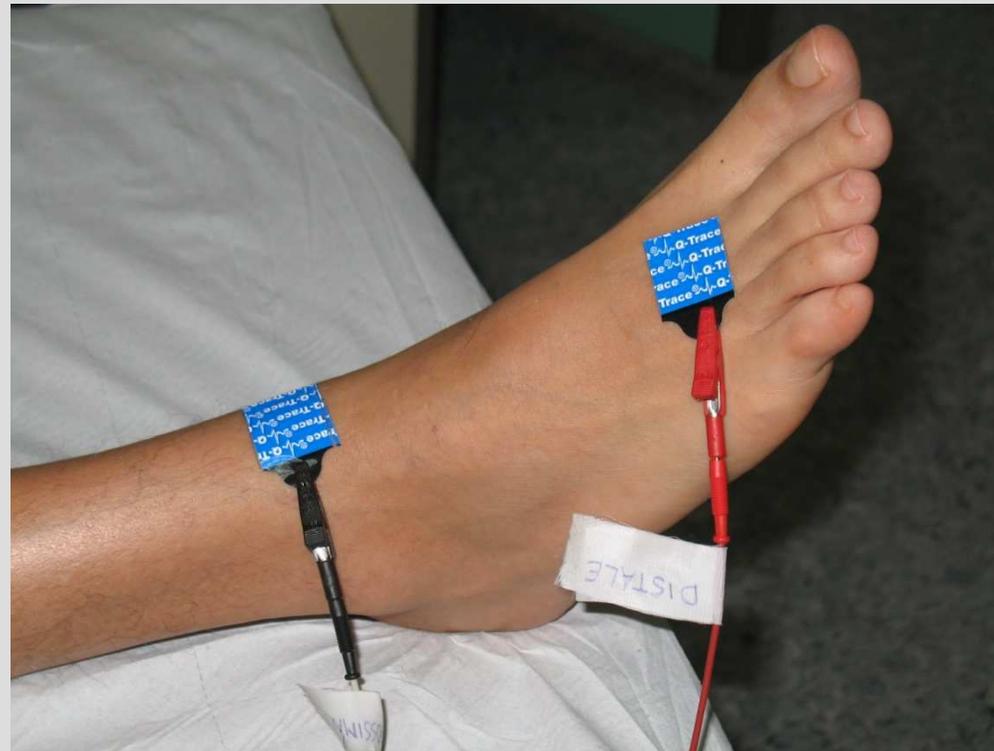
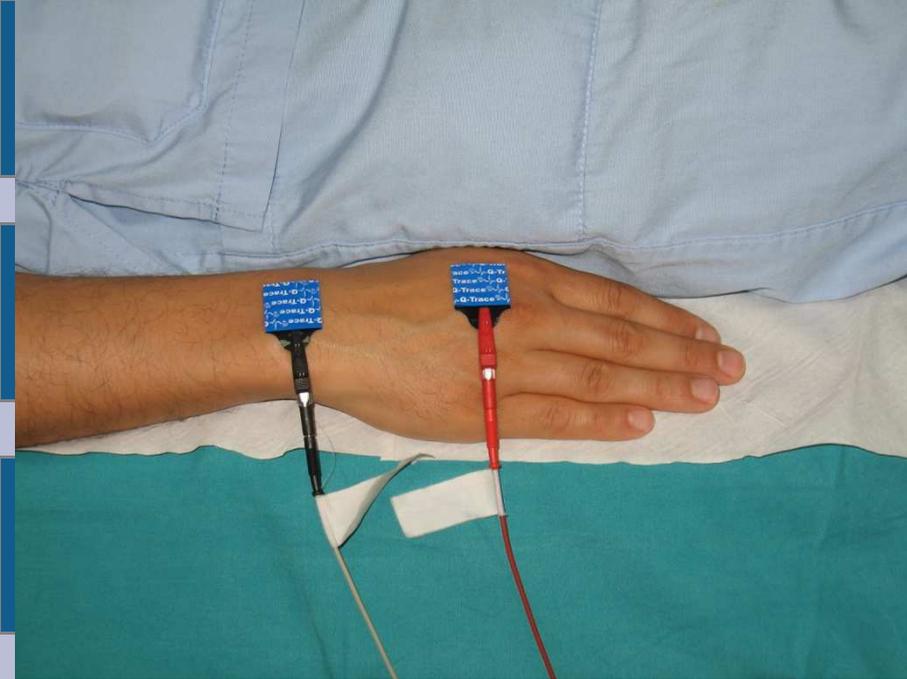


- **PERMETTE DI VALUTARE LO STATO DI IDRATAZIONE DEL PAZIENTE**
- **E' DI GRANDE UTILITA' NELLA GESTIONE DEL TRATTAMENTO DIURETICO**

ESECUZIONE BIA



Esecuzione BIA





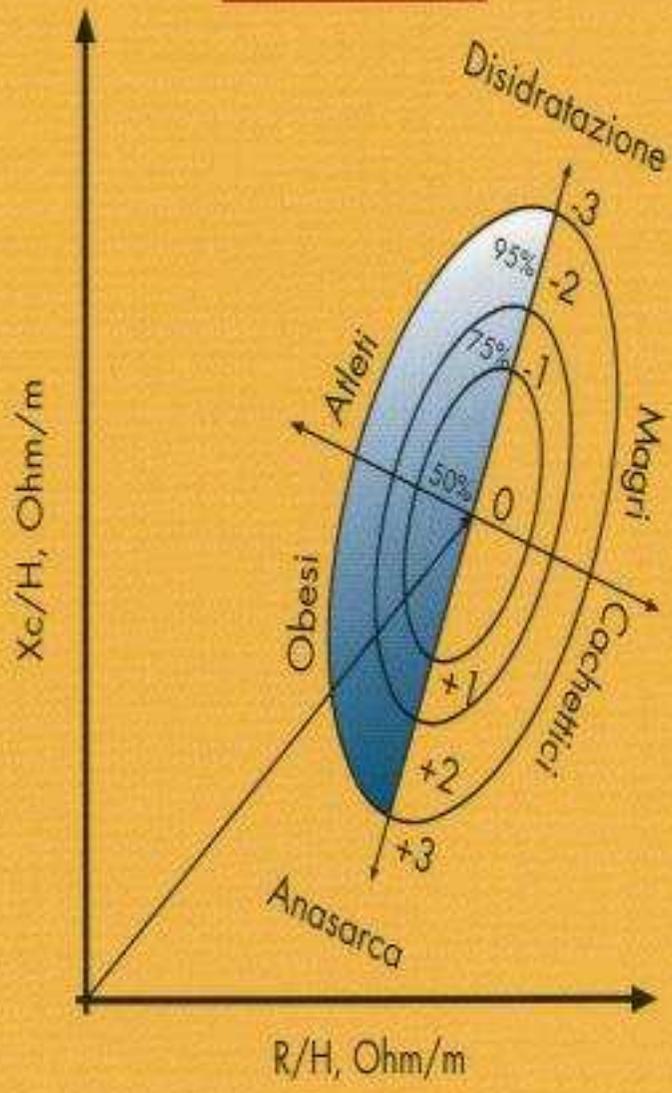
Rilevazione dati

I dati rilevati vanno poi inseriti nel software per l'analisi computerizzata o vanno rapportati con l'altezza del paziente.

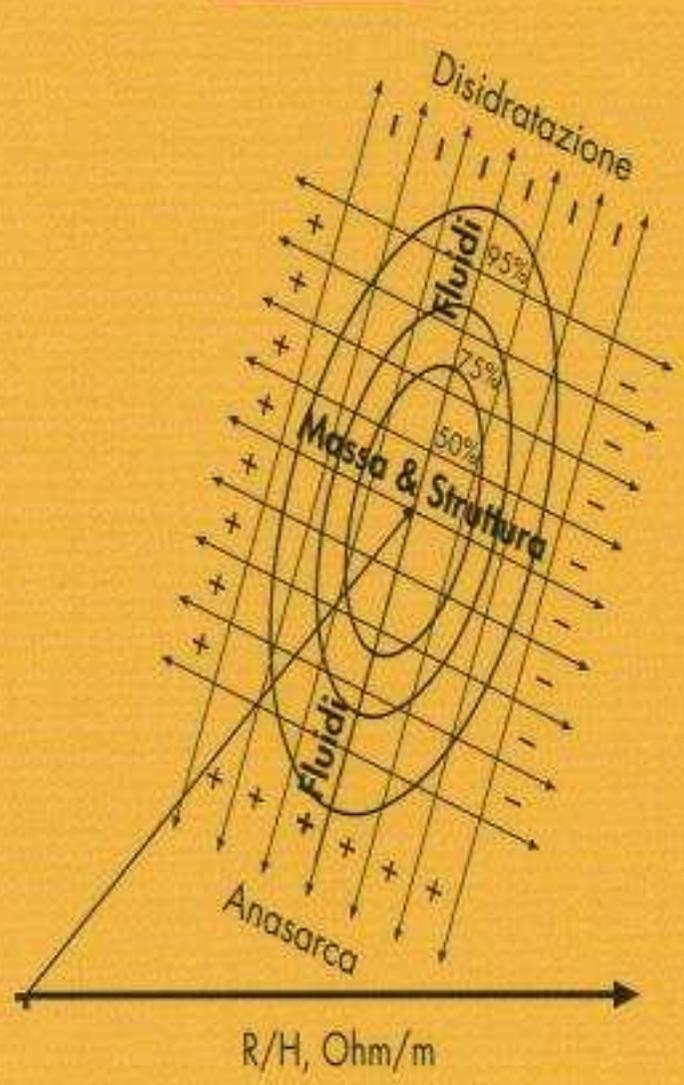
I risultati vengono inseriti nel grafico cartesiano con un sistema di ellissi che indicano:

1. Disidratazione
2. Normoidratazione
3. Iperidratazione
4. Stato muscolare (Cachessia, magrezza, obesità, atleta)

Stato stazionario



Migrazione



Cachessia cardiaca

Significativa perdita di peso in pazienti con scompenso cardiaco (*cachessia cardiaca*)

Vago, non vi sono valori soglia

Peso < 90% o 85% o 80% del peso ideale

Perdita di peso "secco" > 6% non intenzionale

Perdita di peso "secco" > 5 kg in 6 mesi non intenzionale

Indice di Massa Corporea < 24 kgM2

Ippocrate (460-370 A.C.) la descrive come:

La carne si consuma e si trasforma in acqua... le spalle, le clavicole, il torace e le cosce si squagliano. Questa malattia è fatale

Malnutrizione/ cachessia cardiaca

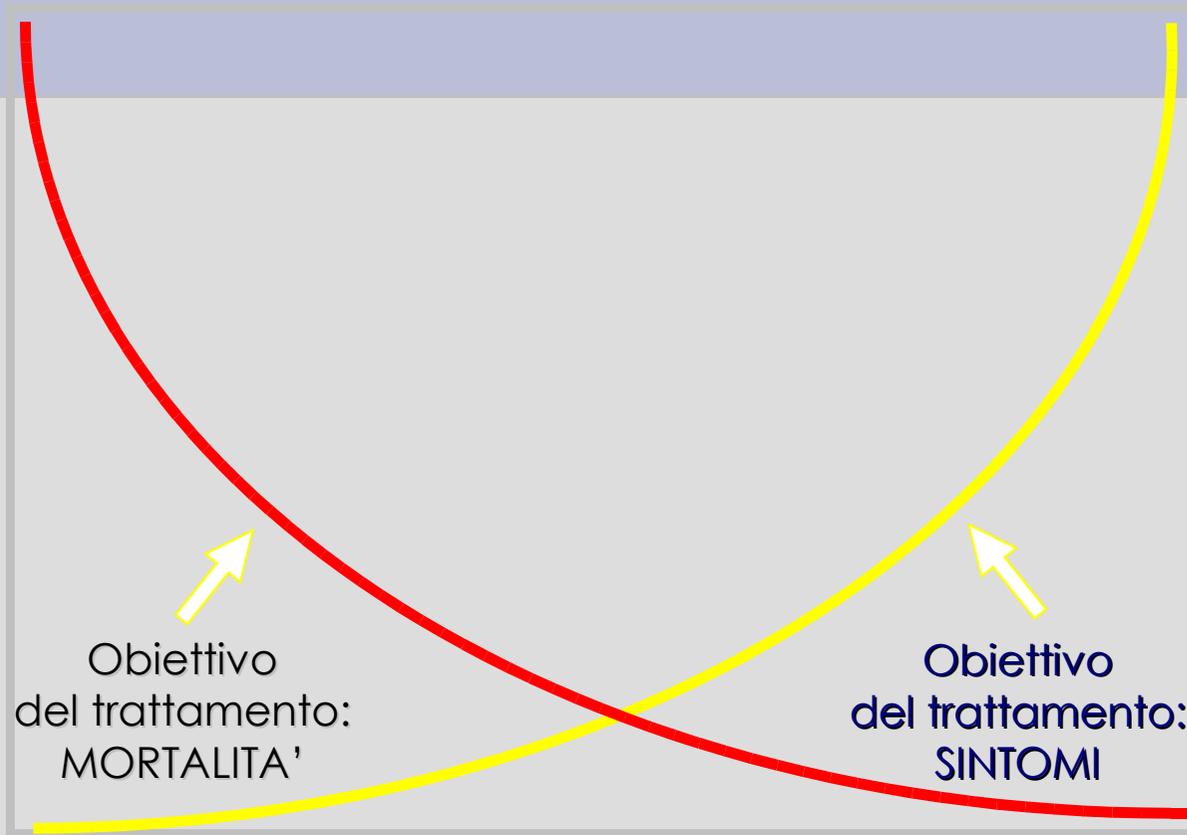
Associato a rischio di mortalità

Sorveglianza per non raggiungere **il punto di non ritorno**

TRATTAMENTO DELLO SCOMPENSO CARDIACO



Obiettivi del trattamento dello Scompenso Cardiaco Cronico



Classe NYHA

I

II-III

IV

Mortalità (placebo) (5%)

(15%)

(50%)

Cleland, Br Heart J 1994; 72 (suppl): 73-79

TERAPIA FARMACOLOGICA

FARMACI A DISPOSIZIONE

Farmaci che inibiscono l'attivazione neuro-ormonale:

- 1) SRA: ACE-Inibitori, Antagonisti recettori AT I
- 2) Sistema simpatico: α e β bloccanti, β bloccanti
- 3) Antagonisti dell'Aldosterone

Farmaci che riducono le alterazioni di volume:

- 1) diuretici
- 2) vasodilatatori :nitrati, idralazina
- 3) Calcio-Antagonisti

Farmaci che migliorano la contrattilità :

- 1) digitale

. TERAPIA FARMACOLOGICA CONVENZIONALE

Farmaci che aumentano la sopravvivenza

- 1) SRA: ACE-Inibitori, Antagonisti recettori AT I
- 2) Sistema simpatico: α e β bloccanti, β bloccanti
- 3) Antagonisti dell'Aldosterone

Farmaci che riducono i sintomi

- 1) diuretici
- 2) vasodilatatori :nitrati, idralazina
- 3) Calcio-Antagonisti
- 4) digitale

GLI ACE INIBITORI

Attivazione del sistema renina-angiotensina

Sistemico
(circolatorio)

Tissutale
(locale)

Fegato

**Cuore
cervello
vasi**

Angiotensinogeno

Renina renale

Renina tissutale + renina renale

Angiotensina I

ACE polmonare

ACE dei tessuti

Angiotensina II

Frammenti
inattivi

Frammenti attivi
(ang. III, ang. IV, ang. 1-7)

Angiotensina

**Recettori
dell'angiotensina**

Extracellulare

Intracellulare

ACE = enzima di conversione dell'angiotensina

Timmerman TB, et al.
(1993)

Principali cause di attivazione del sistema renina-angiotensina

Stimolazione simpatica

Diminuita pressione di perfusione renale

Diminuito apporto sodico tubulare nella macula densa

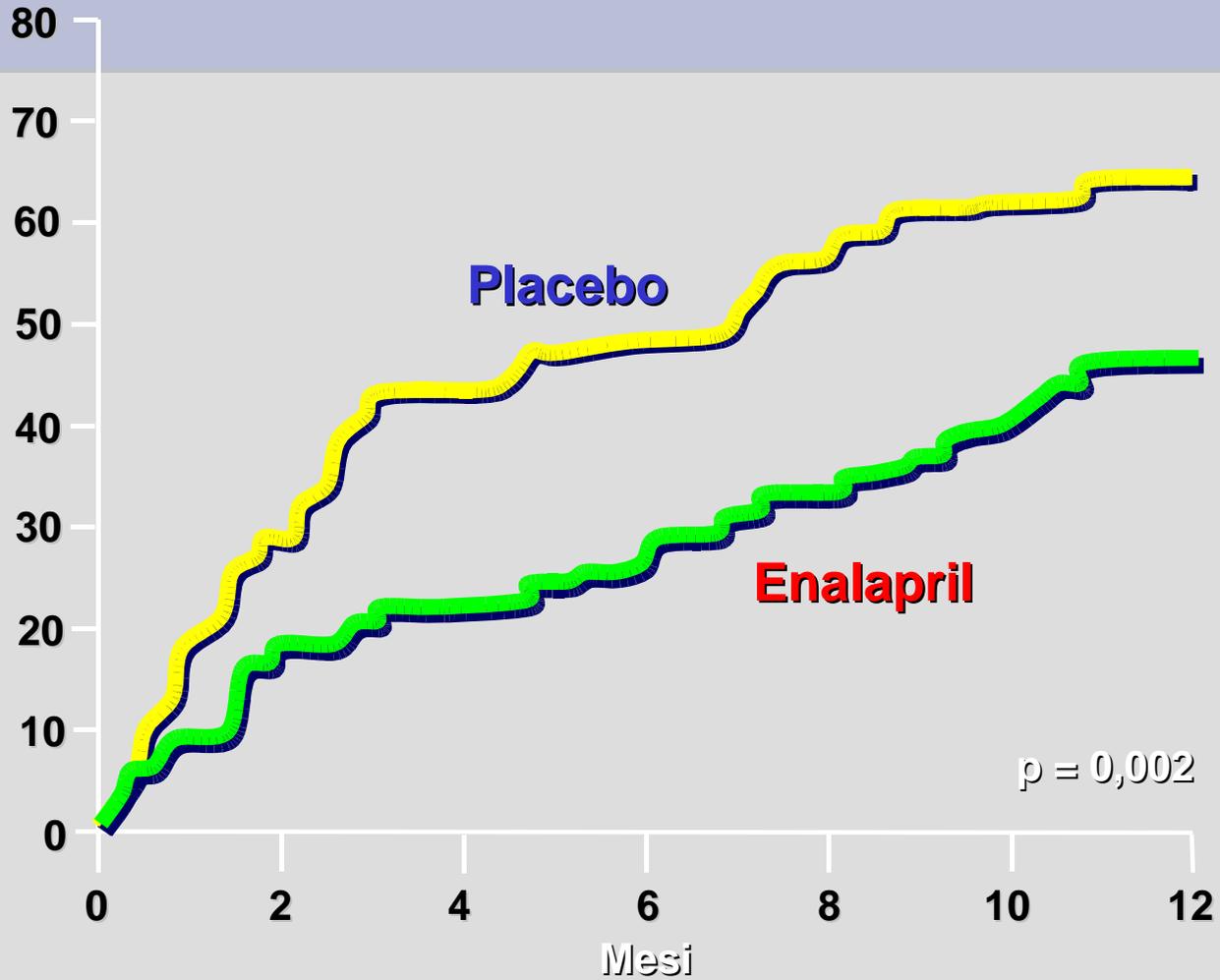
I grandi trial con farmaci ACE-inibitori nello scompenso cardiaco

Trial (anno) Farmaco	Paz. (n°)	Eziologia	NYHA (I-IV)	FE (%)	FUP (mesi)	Ricoveri SC (RR,%)	Morti TOT (RR,%)	Morti SC (RR,%)	Morti IMP (RR,%)
CONSENSUS (1987) Enalapril	253	Mista	IV	nv	6	nv	↓ 27 p=0.003	↓ 50 p<0.001	— p=NS
SOLVD-T (1991) Enalapril	2569	Mista	II-III	≤ 35	41	↓ 26 p<0.0001	↓ 16 p=0.0036	↓ 22 p=0.0045	↓ 10 p=NS
SOLVD-P (1992) Enalapril	4228	Mista	I-II	≤ 35	37	↓ 44 p<0.001	↓ 8 p=NS	↓ 21 p=NS	↓ 7 p=NS
SAVE (1992) Captopril	2231	Ischemica	I	≤ 40	42	↓ 22 p=0.019	↓ 19 p=0.019	↓ 36 p=0.032	— p=NS
AIRE (1993) Ramipril	2006	Ischemica	II-III	nv	15	nv	↓ 27 p=0.002	nv	nv
TRACE (1995) Trandolapril	1749	Ischemica	I-IV	≤ 35	24	nv	↓ 22 p=0.001	↓ 25 p=NS	↓ 24 p=0.03
SMILE (1995) Zofenopril	1556	Ischemica	I-IV	nv	12	nv	↓ 29 p=0.011	nv	nv

Legenda: FE: frazione eiezione ventricolo sinistro; FUP: follow up medio; IMP: improvvisi; nv: non valutato;
NYHA: New York Heart Association; Paz: pazienti; RR: rischio relativo;
Sinagra G, et al. (2001)

Studio CONSENSUS

Mortalità (%)



$p = 0,002$

The CONSENSUS Trial Study Group. (1987)

ACE Inibitori: benefici clinici

- **aumento della capacità fisica**
- **riduzione classe funzionale di scompenso**
- **attenuazione del rimodellamento ventricolare sinistro post-IMA**
- **riduzione nella progressione della insufficienza cardiaca**
- **riduzione delle ospedalizzazioni**
- **miglioramento della qualità della vita**
- **riduzione della mortalità per scompenso cardiaco**

INDICAZIONI

- potenzialmente tutti i pazienti con scompenso cardiaco
- trattamento di ***prima scelta*** (assieme ai beta-bloccanti) in classe NYHA I-IV

ACE INIBITORI – QUALI e QUALE DOSAGGIO ?

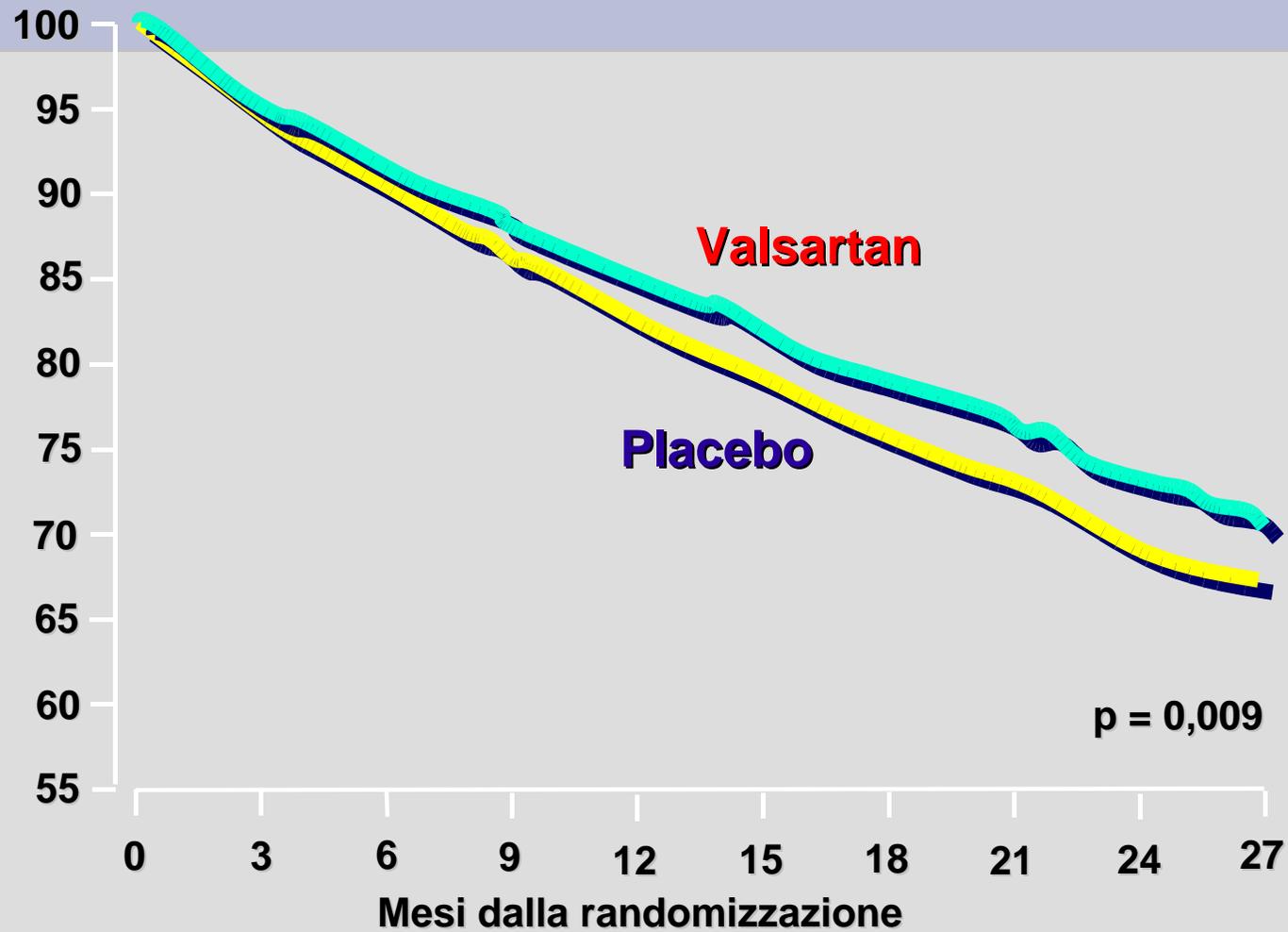
Dose iniziale

Target dose

- captopril 6.25 mg tid 50 - 100 mg tid
-
- enalapril 2.5 mg bid 10 - 20 mg bid
- ramipril 2.5 mg/die 5 mg bd/10 mg/die

Studio Val-HeFT

Mortalità-morbilità-ospedalizzazione (%)

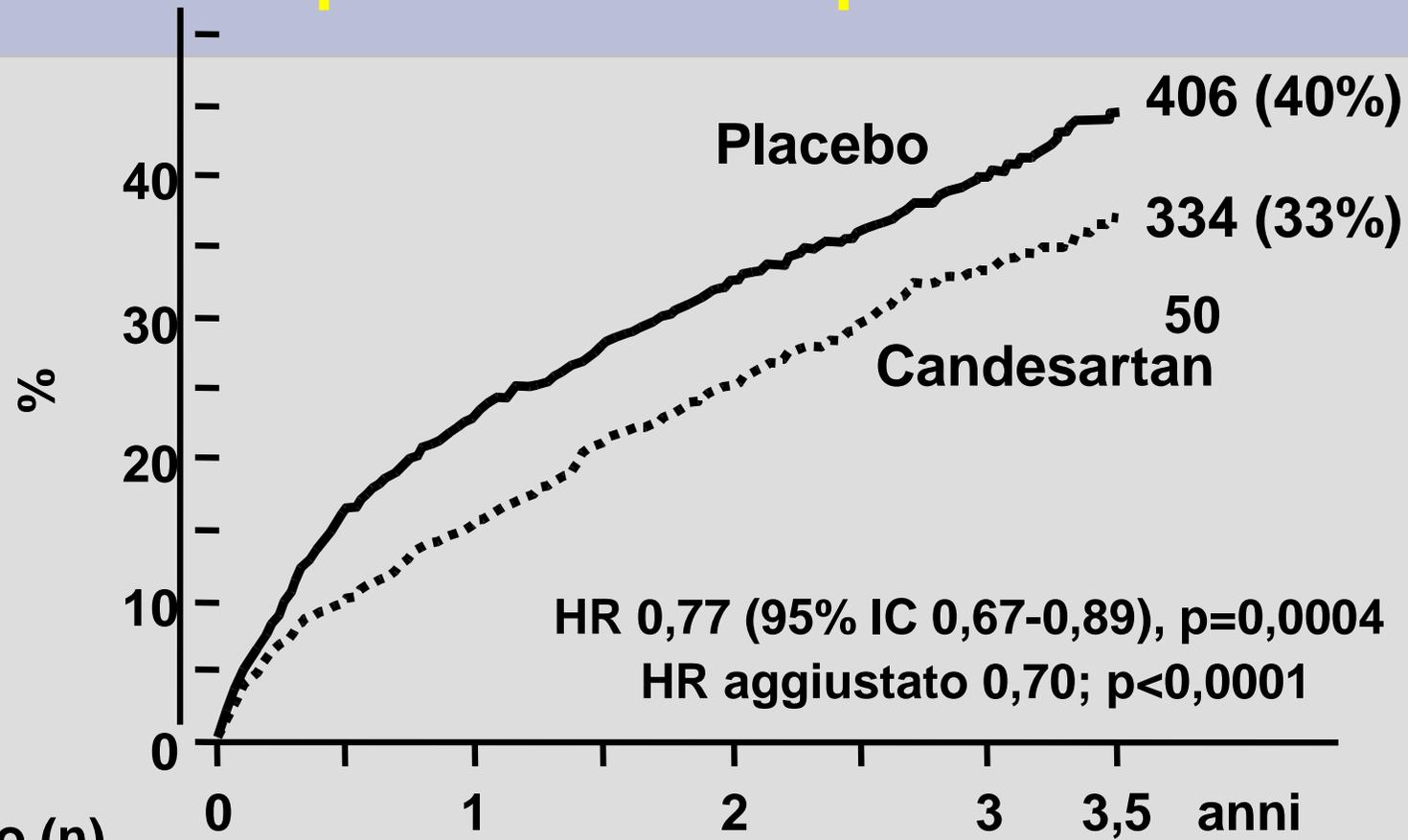


p = 0,009

Cohn JN, et al. (2001)

CHARM

Endpoint primario: morte CV o ospedalizzazione per CHF



A rischio (n)

Candesartan 1.013 929 831 434 122

Placebo 1.015 887 798 427 126

CONCLUSIONI

- Sartani usati in Insufficienza Cardiaca: **losartan, valsartan, candesartan**
- Gli studi: non **superiori** agli ACEi
- Usati in caso di intolleranza agli ACEi
- Effetti collaterali non molto diversi da quelli degli ACEi (ipotensione, iperpotassiemia e anche tosse e angioedema raramente)

BETABLOCCANTI

Attivazione adrenergica

↑ Attività simpatica

SNC

↑
**Attività simpatica
cardiaca**

↑
**Attività simpatica
rene e vasi**

β_1 -recettori

β_2 -recettori

α_1 -recettori

**Ipertrofia e morte dei miociti,
dilatazione, ischemia e aritmie**

**Vasocostrizione
Ritenzione di sodio**

Packer M. (2000)

BETA-BLOCCANTI - a CHI e QUANDO ?

Indicazioni: □

- Potenzialmente a **tutti** i pazienti con **stabile** insufficienza cardiaca di grado lieve o moderato; pazienti con grave scompenso cardiaco devono essere valutati con attenzione e singolarmente
- Trattamento di prima scelta (assieme agli ACE inibitori) in pazienti con *stabile* insufficienza cardiaca in classe NYHA II-III; deve essere iniziato quanto prima possibile

Contro-indicazioni:

- Asma bronchiale

BETA-BLOCCANTI – “Istruzioni per l’uso”

TITOLAZIONE

- iniziare con basso dosaggio
- raddoppiare la posologia a intervalli di non meno di 2 settimane
- cercare di raggiungere la dose target o comunque la più alta dose tollerata
- ricorda: “un po' di beta-bloccante è meglio che non somministrare affatto beta-bloccanti”
- controlla frequentemente FC, PA, quadro clinico (sintomi, segni – soprattutto segni di congestione) e peso corporeo
- determina i parametri di laboratorio 1-2 settimane dopo l’inizio della terapia e dopo il raggiungimento della dose finale

I grandi "trial" con farmaci beta-bloccanti nello scompenso cardiaco

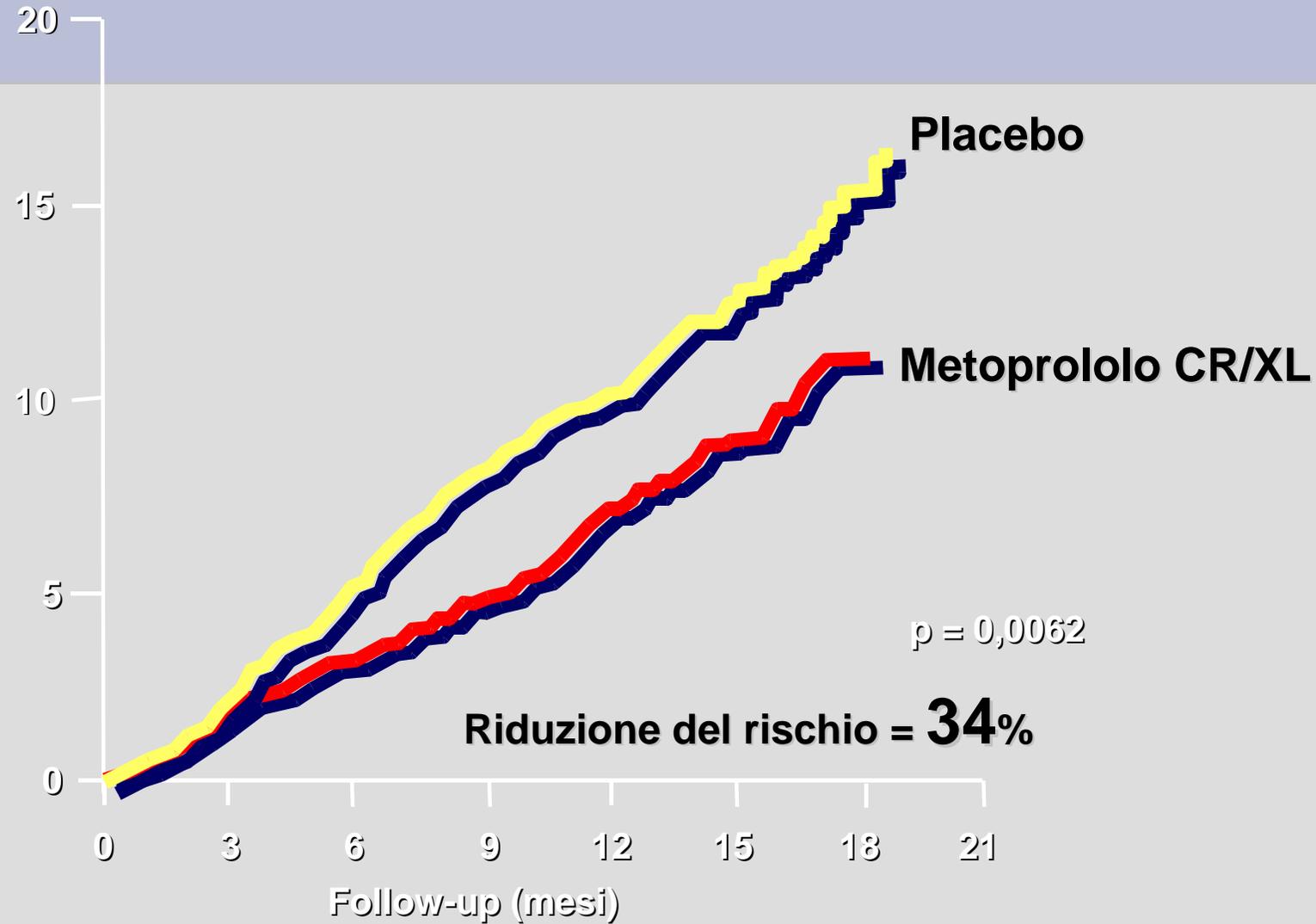
Trial (anno) Farmaco	Paz. (n')	Eziologia	NYHA (I-IV)	FE (%)	FUP (mesi)	Ricoveri (RR,%)	Morti TOT (RR,%)	Morti SC (RR,%)	Morti IMP (RR,%)
MDC (1993) Metoprololo	383	Idiopatica	II-III	≤ 40	12-18	↓ 39 (†) p<0.04	↓ 34 (#) p=0.058	— p=NS	— p=NS
CIBIS-I (1994) Bisoprololo	641	Mista	III	≤ 35	23	↓ 34 (‡) p<0.01	↓ 20 p=NS	↓ p=NS	— p=NS
ANZ TRIAL (1995) Carvedilolo	415	Ischemica	I-III	≤ 45	19	↓ 23 (§) p=0.05	↓ 24 p=NS	— p=NS	— p=NS
US TRIAL (1996) Carvedilolo	1094	Mista	II-III	≤ 35	6	↓ 27 (†) p<0.0036	↓ 65 p<0.001	↓	↓
CIBIS-II (1999) Bisoprololo	2647	Mista	III	≤ 35	16	↓ 20 (§) p=0.0006	↓ 34 p<0.0001	↓ 26 p=NS	↓ 44 p=0.0011
MERIT-HF (1999) Metoprololo	3991	Mista	II-III	≤ 40	12	nv	↓ 35 p<0.0001	↓ 49 p=0.0023	↓ 41 p=0.0002
COPERNICUS (2000) Carvedilolo	2289	Mista	III-IV	< 25	21	↓ 24 (§+) p<0.001	↓ 35 p=0.00014	nv	nv
CAPRICORN (2001) Carvedilolo	1959	Ischemica (*)	I-II	≤ 40	16	↓ 14 (‡) p=NS	↓ 23 p=0.031	↓ 40 p=NS	↓ 26 p=NS

Legenda: FE: frazione eiezione ventricolo sinistro; FUP: follow up medio; IMP: improvise; nv: non valutato; NYHA: New York Heart Association; Paz.: pazienti; RR: rischio relativo; SC: scompenso cardiaco; TOT: totali; (*): 3-21 giorni post-IMA; (†): per cause cardiovascolari; (‡): per scompenso cardiaco; (§): totali; (§+): totali+morti totali; (#): morti totali più trapianti cardiaci; ↓: diminuzione; —: invariato.

Sinagra GF, et al. (2001)

MERIT-HF

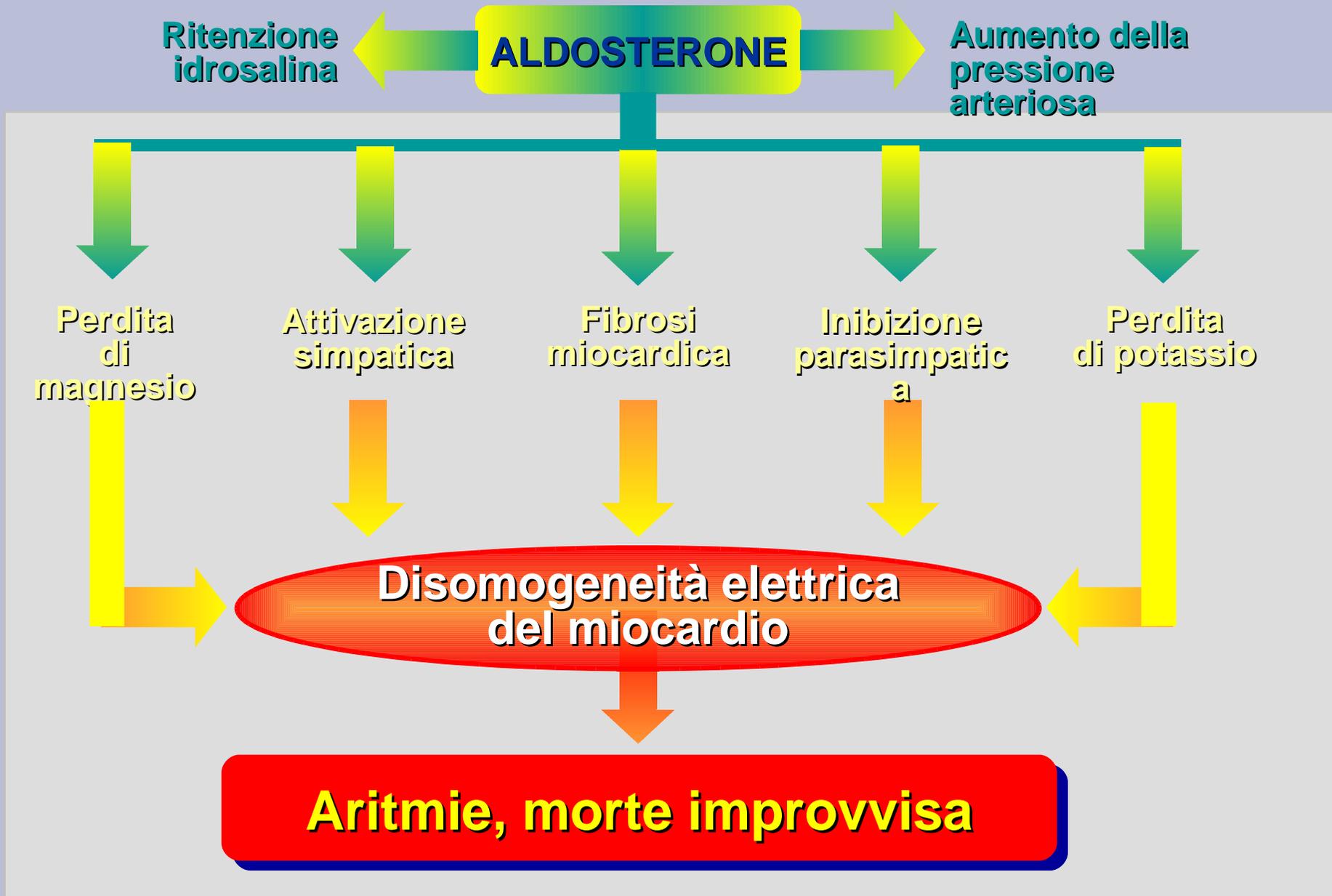
Mortalità %



The MERIT-HF Study Group (1999)

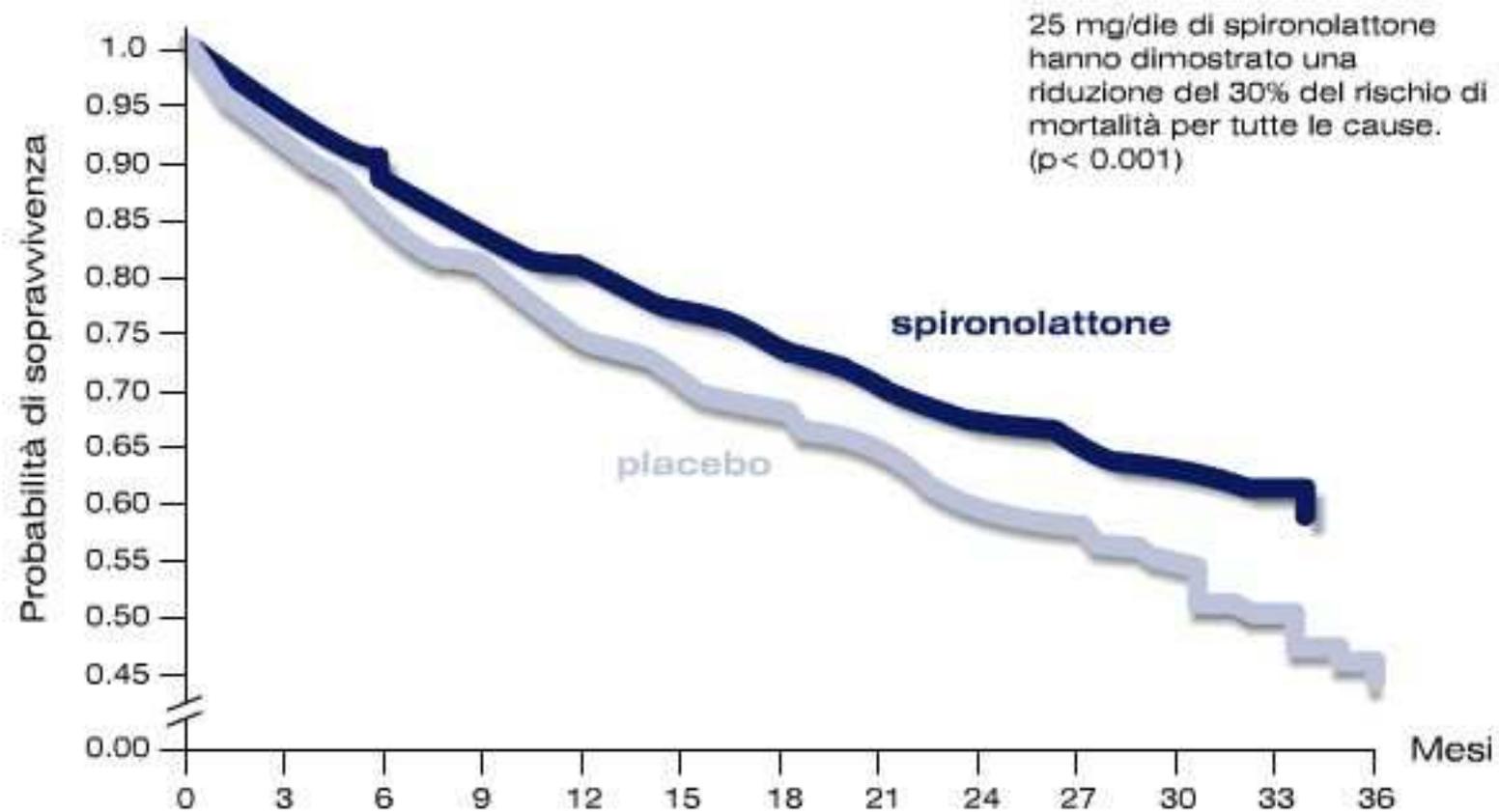
GLI ANTIALDOSTERONICI

Effetti dell'aldosterone nell'insufficienza cardiaca



Scompenso cardiaco: RALES

L'antialdosteronico riduce la mortalità



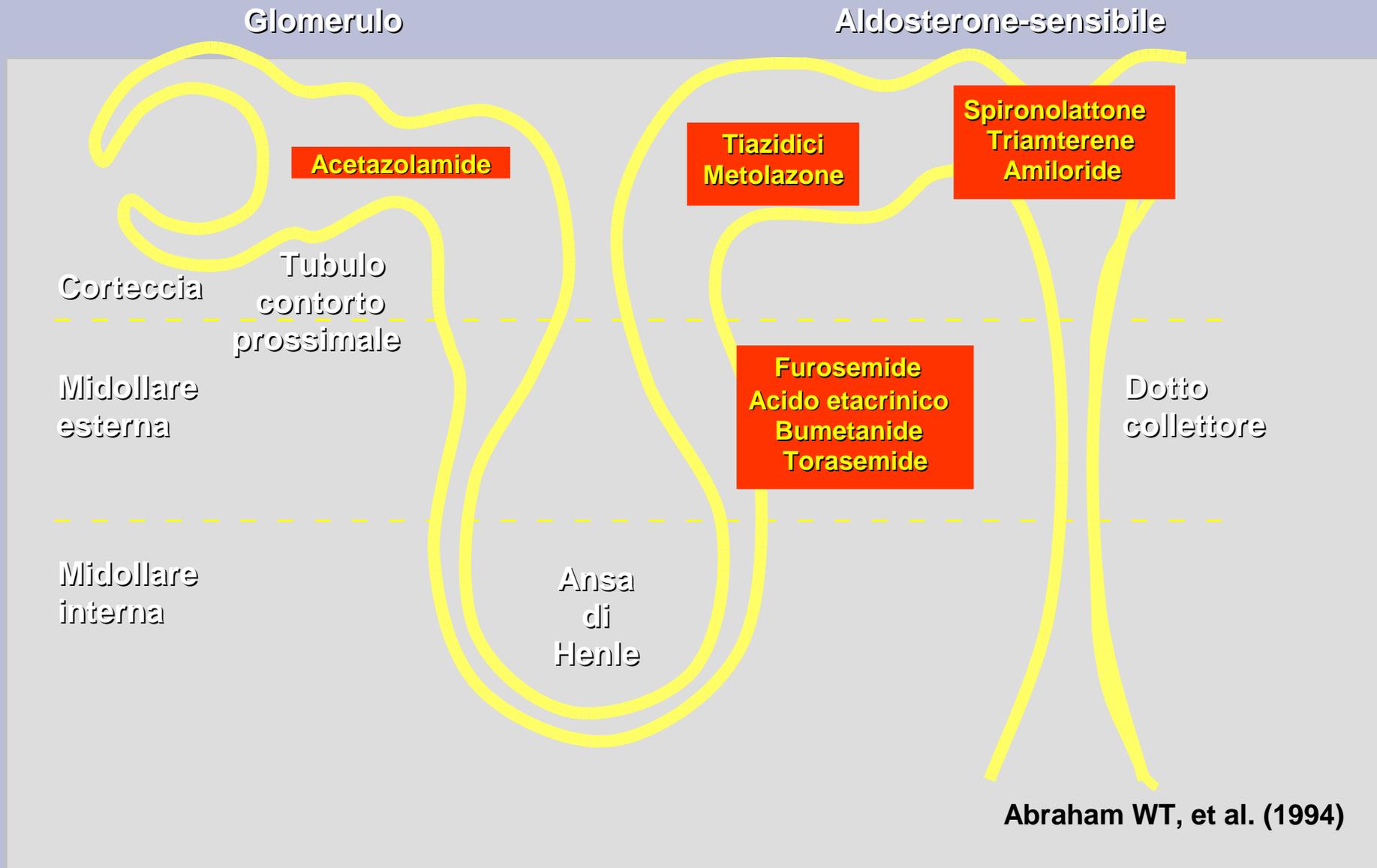
Modificata da Pitt 1999

ANTIALDOSTERONICI

- ATTENZIONE AL DOSAGGIO
- SE ASSOCIATI AD ACE-INIBITORE PERICOLO DI IPERKALIEMIA
- CONTROLLI PERIODICI DEGLI ELETTROLITI

I DIURETICI

Sedi tubulari di azione dei diuretici

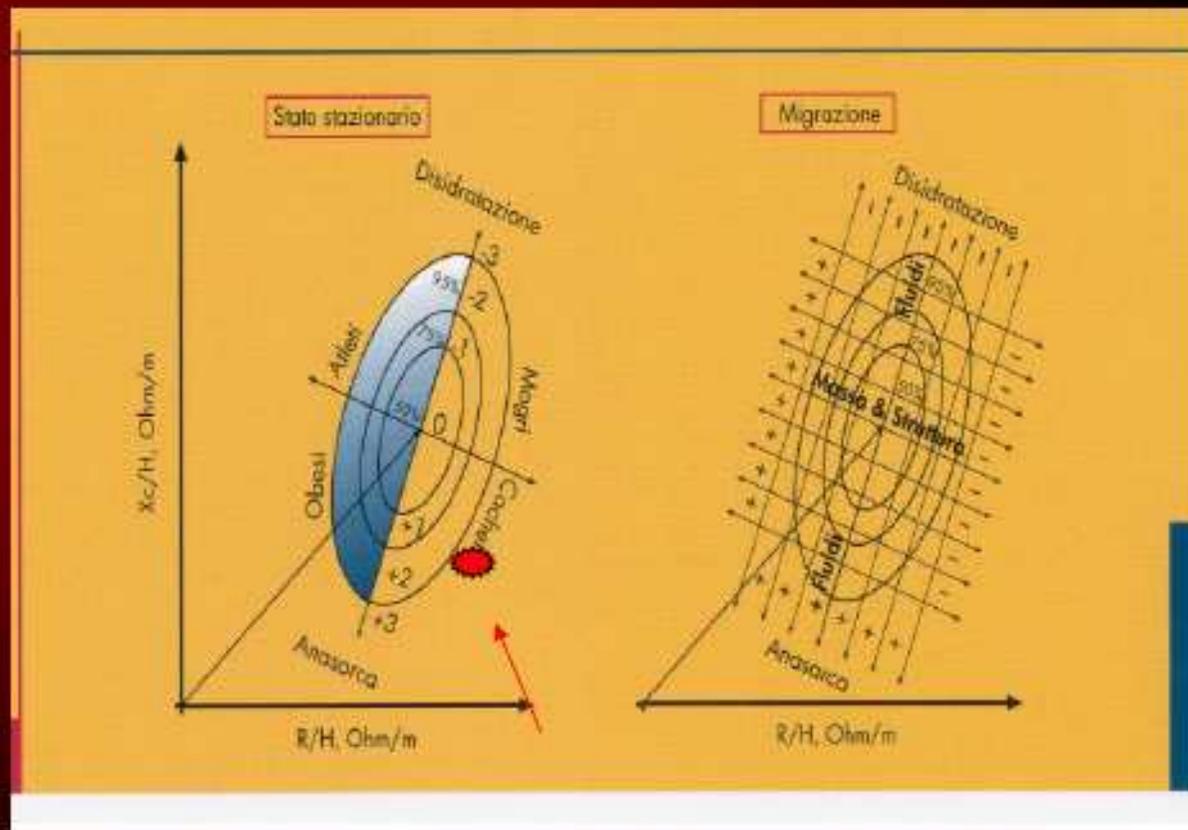
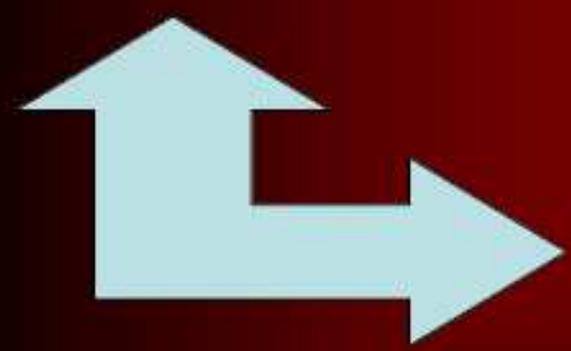


Importanza dei diuretici nello scompenso cardiaco

Effetti benefici della terapia con diuretici:

- ↓ Volume telediastolico (precarico)**
- ↓ Resistenze vascolari periferiche**
- ↑ Gittata cardiaca / stroke volume**
- ↓ Sintomi congestizi**
- ↑ Capacità all'esercizio**

**Sono di aiuto nella fase di inizio e di titolazione
degli ACE inibitori, β -bloccanti, vasodilatatori**



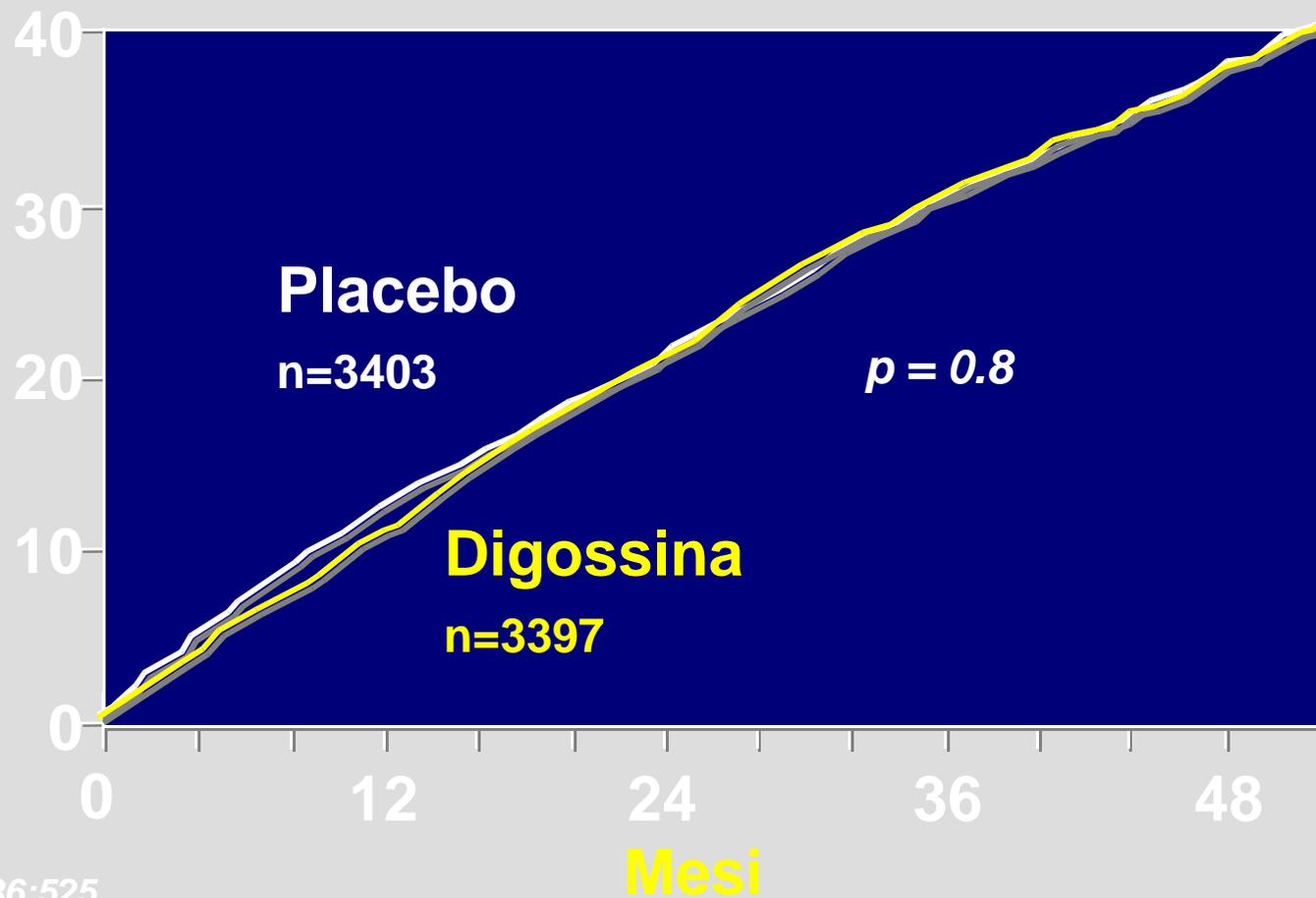
S. Barro

LA DIGITALE

Digitale

- Migliora i sintomi e riduce i ricoveri
- Non migliora la sopravvivenza

Mortalità
%



N=6800

NYHA II-III

DIGOSSINA

ISTRUZIONI PER L'USO

- FA con rapida risposta ventricolare
- SC refrattario ad altri farmaci
- Può essere associata ad altri farmaci

***TERAPIA NON
FARMACOLOGICA DELLO
SCOMPENSO CARDIACO***

CHI CI DA' UNA MANO?



L'ELETTROFISIOLOGO



LE TERAPIE ELETTRICHE: I DEVICE

RESINCRONIZZAZIONE CARDIACA (CRT)

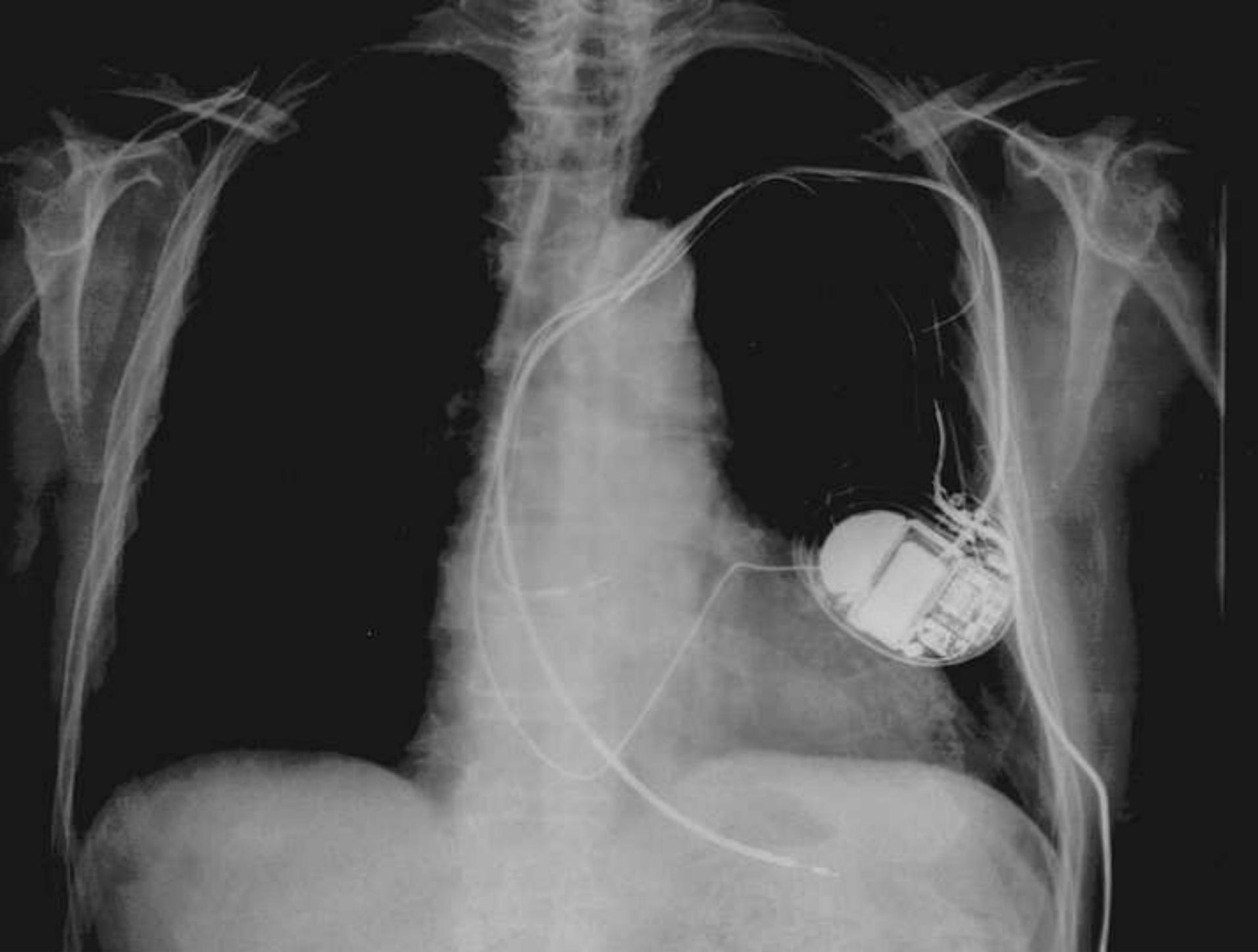
DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE(ICD)

**COSA SONO I DEVICE E QUALI
SONO I PAZIENTI CHE HANNO
INDICAZIONE A QUESTO TIPO
DI DISPOSITIVO?**

I DEVICE

**OPZIONE TERAPEUTICA AGGIUNTIVA
PER I PAZIENTI REFRATTARI ALLA
TERAPIA MEDICA OTTIMIZZATA**





Pre-impianto

PM standard

PM BIV

V1

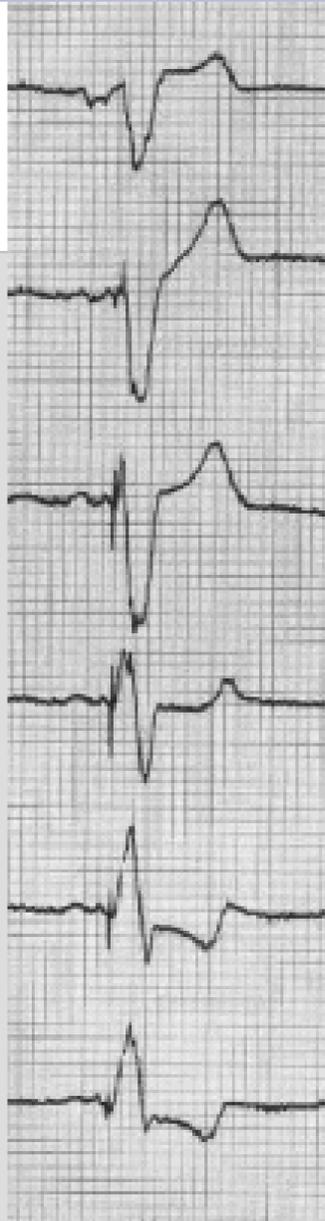
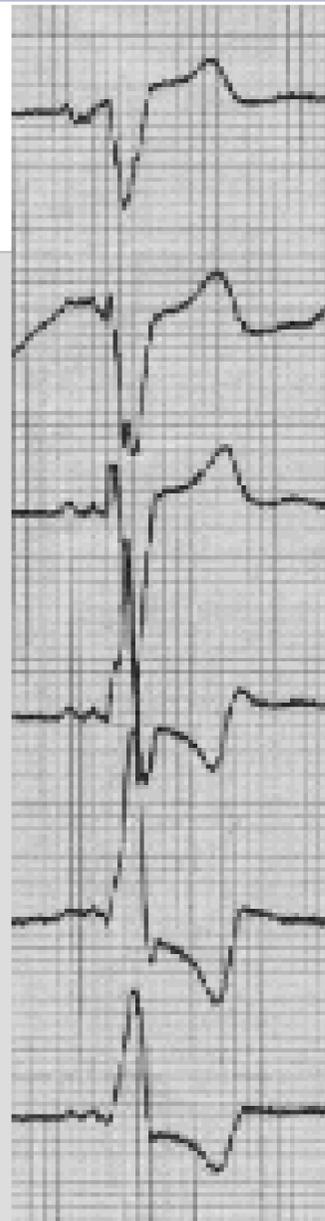
V2

V3

V4

V5

V6

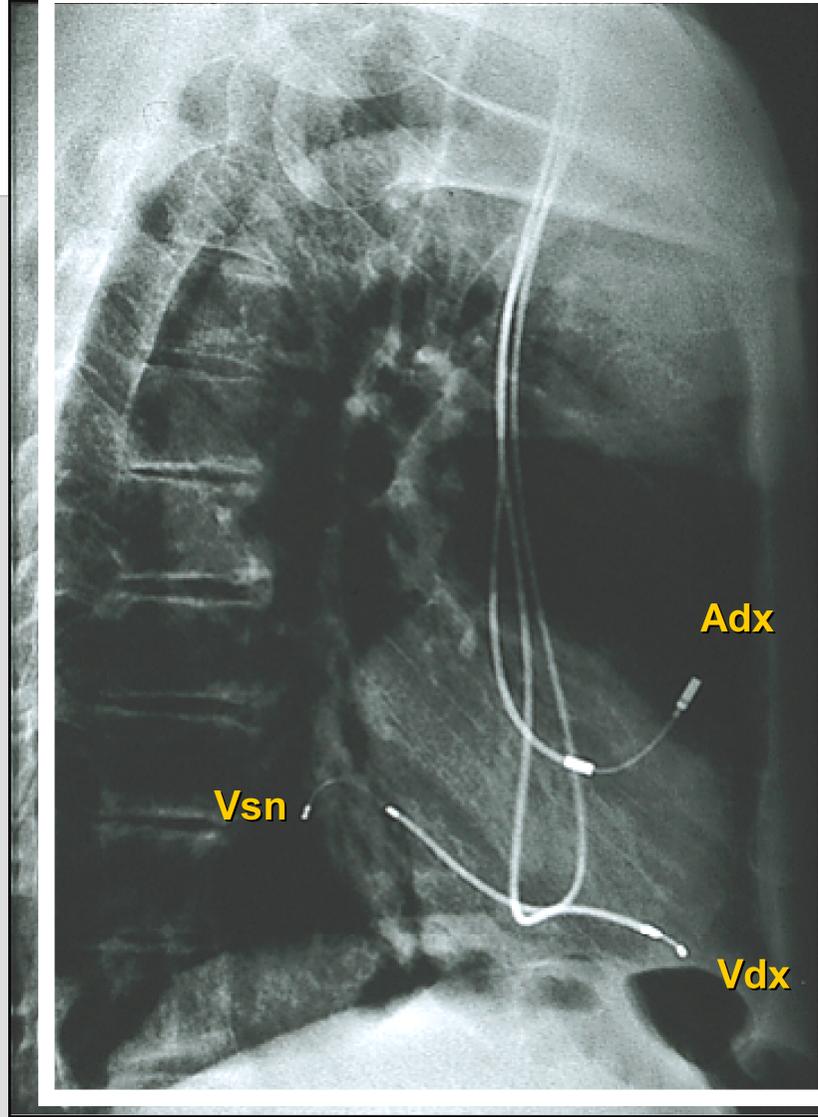


160 ms

160 ms

95 ms

QRS



INDICAZIONI ALLA CRT

- **RIDOTTA FE = < 35%**
- **QRS > 120 msec**
- **Classe III -IV NYHA**

AL FINE DI

- **MIGLIORARE I SINTOMI**
- **RIDURRE LE
OSPEDALIZZAZIONI**
- **AUMENTARE LA
SOPRAVVIVENZA**

Morte improvvisa

**Indicazioni
all'impianto di ICD**

***NEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA
CARDIACA..***

**CIRCA IL 50%DEI DECESSI
AVVIENE PER MORTE
IMPROVVISA**

NEI PAZIENTI IN CLASSE IV NYHA

LA CAUSA DI MORTE
PREVALENTE E'
L'AGGRAVAMENTO DELLO
SCOMPENSO

NEI PAZIENTI II -III CLASSE NYHA

LA MORTE IMPROVVISA E' LA PRIMA CAUSA DI MORTE

60-70% PER ARITMIE VENTRICOLARI
MALIGNI

10-20% DEM -ASISTOLIA

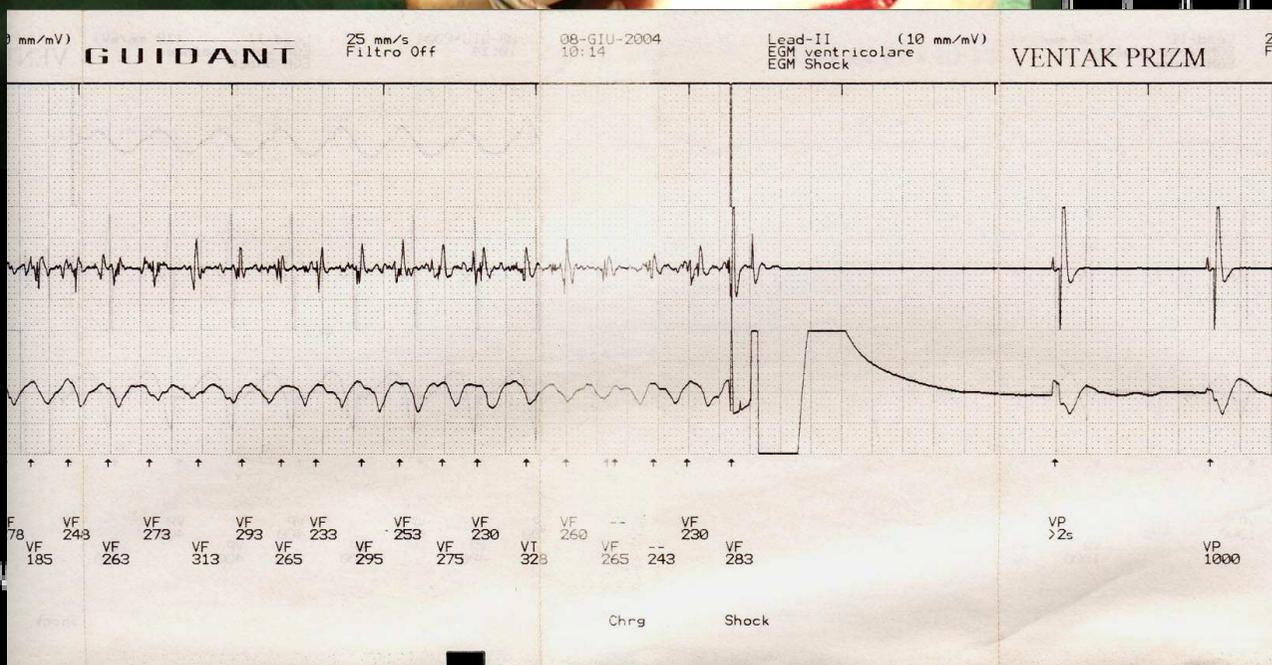
NEI PAZIENTI II -III CLASSE NYHA

LA MORTE IMPROVVISA E' LA PRIMA CAUSA DI MORTE

60-70% PER ARITMIE VENTRICOLARI
MALIGNI

10-20% DEM -ASISTOLIA

Il Defibrillatore Impiantabile è l'Arma più Efficace Contro la Morte Cardiaca Improvvisa



SCOMPENSO CARDIACO E PROGNOSI

il 50% morirà entro 5 anni

il 30% rischia la riospedalizzazione
entro 3 mesi

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Cuore normale

Cuore dilatato

MONITORAGGIO DOMICILIARE E AMBULATORIALE DEL PAZIENTE SCOMPENSATO



Clelia Fabbian
Ospedale Immacolata Concezione,
Pieve di sacco, PD

Padova, 07 febbraio 2015

RIFLESSIONE



E' possibile attraverso una stretta **collaborazione** tra **ospedale** e **territorio** monitorare a domicilio il paziente, prevedendo le fasi di instabilizzazione ed intervenendo tempestivamente, **migliorare la qualità di vita** del paziente, **ridurre le riospedalizzazioni** e quindi i **costi di gestione** di questa patologia?

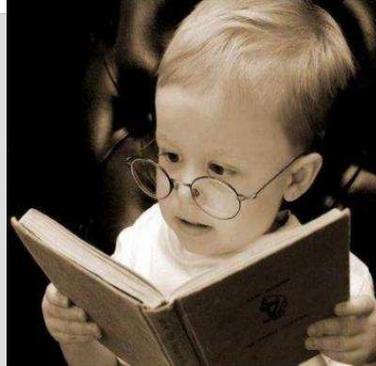
COSA CAMBIA PER IL PAZIENTE?

- ▣ Ha un **percorso chiaro e condiviso**; è “sorvegliato” costantemente per la globalità dei suoi “bisogni”;



- ▣
- ▣ il **programma di ricovero e di dimissione** si inserisce nel percorso di cura
- ▣ Il paziente assume un **ruolo attivo** nella gestione della sua malattia

L'**educazione** può essere fornita anche da associazioni non professionali, di volontariato, ecc



La **comunicazione** utilizza materiale informativo, visite di gruppo, follow-up telefonici e telematici

Il paziente sviluppa **fiducia e sicurezza nel sistema sanitario**



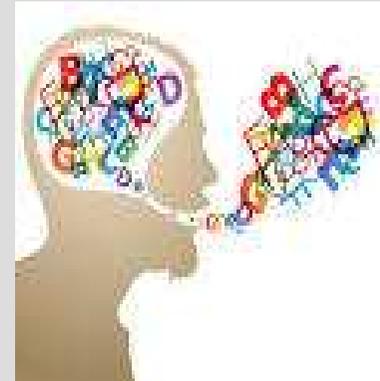
MONITORAGGIO DOMICILIARE

COSA DEVE SAPERE IL PAZIENTE?

- ▣ Che cos'è lo scompenso cardiaco?
- ▣ Quali sono le cause dello scompenso cardiaco?
- ▣ Come misurare i parametri vitali?
- ▣ Come riconoscere i sintomi dello scompenso cardiaco ?
- ▣ Cosa fare quando i sintomi compaiono?

CHE COS'E' LO SCOMPENSO CARDIACO?

- Uso di linguaggio accessibile



- Sapere che la sua è una malattia cronica che si può curare ma non guarire.



QUALI SONO LE CAUSE DELLO SCOMPENSO CARDIACO?

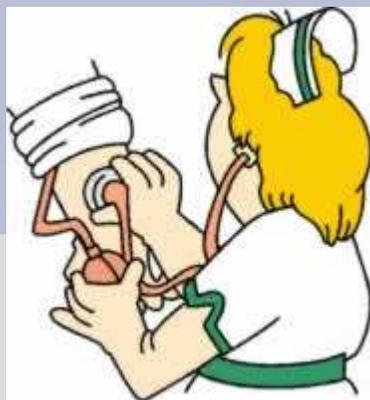
Su richiesta del paziente viene spiegata a grandi linee l'eziologia della sua malattia.



PER IL BUON funzionamento del sistema i pazienti devono essere:

- ▣ Addestrati alle nuove tecnologie
- ▣ Seguiti
- ▣ Controllati





COME MISURARE I PARAMETRI VITALI?



CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

- Va misurata in orari diversi della giornata
- Va controllata in presenza di sintomi quali vertigine, cardiopalmo, dispnea e angina
- Va comunicata all'infermiere quando la PAO sistolica è superiore a 150 mm/Hg o inferiore a 100 mm/Hg



CONTROLLO DELLA FREQUENZA CARDIACA



Insegnare la rilevazione del polso periferico durante episodi di vertigine, palpitazioni, cardiopalmo e sudorazione

CONTROLLO DELL'APPORTO IDRICO

Ricordare che i liquidi introdotti comprendono sia l'acqua bevuta che il liquido contenuto in cibi, frutta, minestre (limitare a 1,5 l/die)

Suggerire modalità per combattere la sete (non mangiare salato, limitare le bevande gassate, succhiare cubetti di ghiaccio, sciacquare la bocca con acqua senza ingerirla, ecc)



CONSIGLI PER IL CONTROLLO DEL PESO CORPOREO



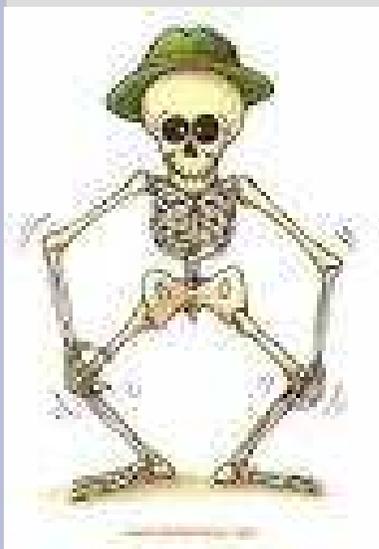
Insegnare a pesarsi tutti i giorni al mattino a digiuno, dopo la minzione, con lo stesso abbigliamento, sulla stessa bilancia annotando sull'apposito diario

Comunicare tempestivamente variazioni superiori ai 2 kg in 1-2 giorni



CONSIGLI PER LA DIETA

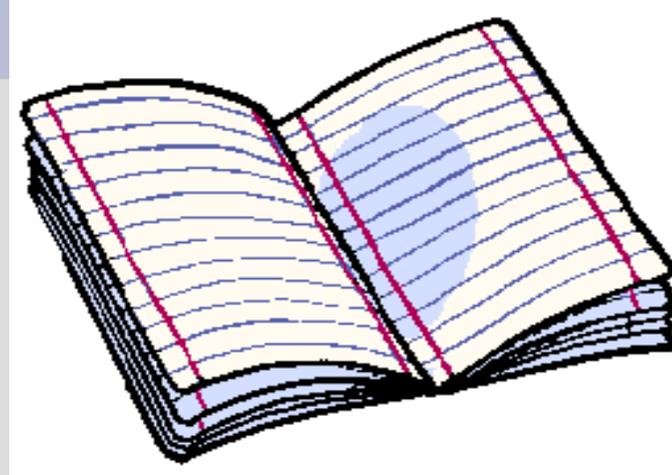
Nei pazienti con sovrappeso è consigliabile un programma di riduzione del peso con supporto dietologico.



Prestare attenzione ad eventuale anomala perdita di peso, la malnutrizione clinica si riscontra in circa il 50% dei pazienti con scompenso cardiaco.

PARAMETRI RACCOLTI

Il paziente è tenuto ad annotare quotidianamente su un prospetto i valori dei parametri raccolti

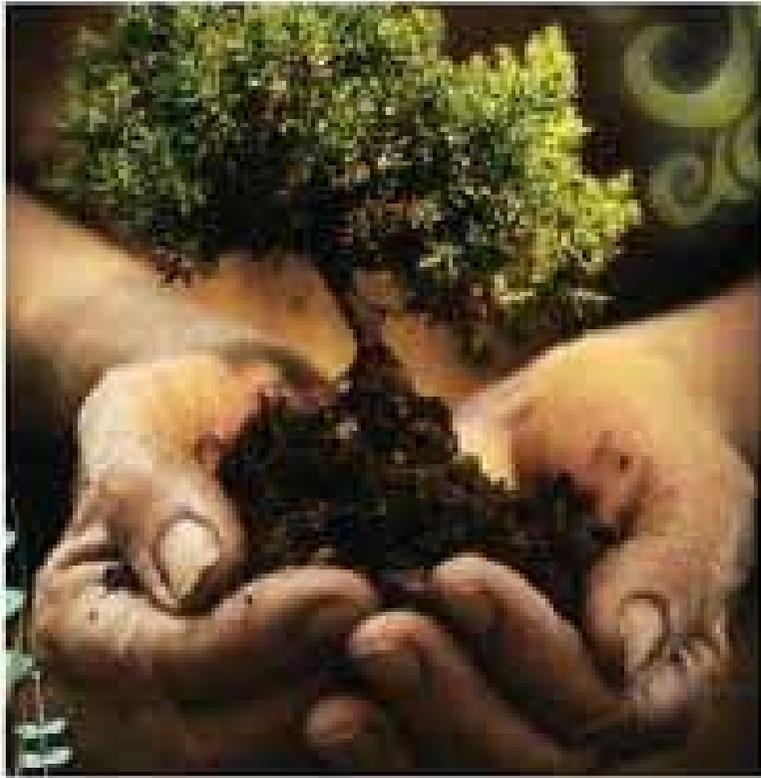


Devono essere indicati i valori di riferimento e dei range di normalita'



Fornire al paziente tutti i recapiti telefonici e nomi dei referenti a lui necessari in caso di instabilizzazione emodinamica





- Informarlo che è il principale responsabile della propria salute.

- ▣ Impegnarsi ad assumere la terapia in maniera costante senza autosospenderla



Essere consapevole che il miglioramento dei sintomi non è dovuto a guarigione ma a effetto della terapia

COME RICONOSCERE I SINTOMI DELLO SCOMPENSO CARDIACO?

- Aumento di peso in pochi giorni
- Oliguria
- Edemi arti inferiori
- Aumento del numero di cuscini
- Tosse insistente
- Vertigini
- Precordialgia
- Cardiopalmo
- Dispnea



COSA FARE QUANDO I SINTOMI COMPAIONO?

- Contattare il proprio referente (infermiere, mmg, ambulatorio scopenso) qualora vi fosse uno scostamento importante dei valori dai range di normalità fissati



- Allertare il 118 se dispnea ingravescente

ED INOLTRE....



AMBULATORIO DEDICATO ALLO SCOMPENSO
**PROSPETTO DOMICILIARE DI MONITORAGGIO
DEI PARAMETRI EMODINAMICI**

MESE DI

DATA	PESO	DIURESIS	PRESSIONE	LIQUIDI
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

MONITORAGGIO AMBULATORIALE

Il paziente deve avere la possibilità di eseguire visite mediche di controllo ad intervalli che variano in base al grado di instabilizzazione emodinamica, ma anche la possibilità di visita nel caso in cui ci sia anche solo il dubbio di scompenso cardiaco iniziale.



AMBULATORIO SCOMPENSO

Se presente nel proprio ospedale di riferimento si possono programmare controlli in Ambulatorio Scompenso

ESPERIENZA DI PIOVE DI SACCO

SCOPI DELL'AMBULATORIO DEDICATO:

- Organizzazione di un'equipe multidisciplinare dedicata ai pazienti affetti da SC



- Coinvolgimento del paziente nella gestione ottimale del trattamento,
- Adozione di linee guida e protocolli per la diagnosi, il trattamento e la stratificazione del rischio del paziente.

Obbiettivi dell'ambulatorio dello scompenso

- ▣ Riferimento gestionale e culturale in continuità assistenziale
- ▣ Presa in carico di (pochi) pazienti complessi
- ▣ Supporto per i (tanti) casi a gestione internistica e/o extraospedaliera
- ▣ Collaborazione multidisciplinare.



VISITA AMBULATORIO SCOMPENSO

- Colloquio infermieristico
- Visita cardiologica

Il colloquio si articola nelle seguenti fasi:

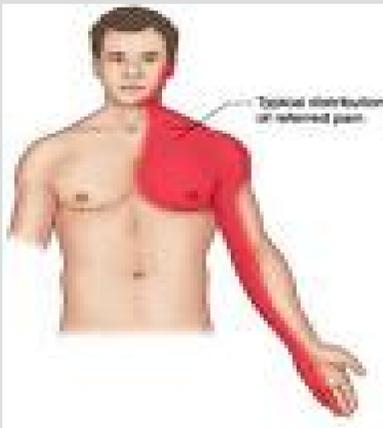
- Dialogo con il paziente e richiesta di informazione sullo stato di salute e di benessere
- Controllo delle tabelle di monitoraggio dei parametri emodinamici raccolti dal paziente
- Controllo dei farmaci e segnalazione di eventuali variazioni
- Controllo degli esami bioumorali richiesti

Il colloquio si articola nelle seguenti fasi:

- Dialogo con il paziente e richiesta di informazione sullo stato di salute e di benessere
- Controllo delle tabelle di monitoraggio dei parametri emodinamici raccolti dal paziente
- Controllo dei farmaci e segnalazione di eventuali variazioni
- Controllo degli esami bioumorali richiesti

CONTROLLO DELLA STABILITA' CLINICA

- Assenza segni di scompenso cardiaco



- Assenza di angina

- Assenza di peggioramento di intolleranza fisica

- Valutazione stato di idratazione alla bioimpedenziometria



- Peso corporeo stabile o con variazioni inferiori a 2 kg
- Pressione sistolica invariata
- Assenza di effetti collaterali da farmaci

RILEVAZIONE DEI SEGNI E SINTOMI DI SC

- Ipotensione
- Dispnea da sforzo
- Edemi





- Ortopnea
- Precordialgia
- Cardiopalmo

- Tosse secca
- Astenia
- Vertigini





Ambulatorio scompeso cardiaco

Colloquio infermieristico

22 mar 2011

Paziente

Motivo visita: Controllo

Classe NYHA I

Stato di benessere Buono

Sintomi

Astenia soprattutto il pomeriggio, dispnea da sforzo.
Dolori muscolari agli arti.

PA 110/70

FC 71

Peso 67.5

SPO2 98%

BIA:	R 488	XC 57	BNP 127	pro- BNP	Idratazione	73
------	-------	-------	---------	----------	-------------	----

Visita precedente:	26 ott 2010	Peso 69	SP02 100%
--------------------	-------------	---------	-----------

Terapia farmacologica in atto

Sequacor 1.25 mg 1 cp ore 12, Cardioaspirin 100, Lasitone 1 cp, Rextat 40 mg 1 cp.

Ha eseguito ricoveri dall'ultima visita? NO

Per scompeso cardiaco? NO

Compliance del paziente: sufficiente

Il responsabile
Dott.ssa Elisabetta Garelli

L'infermiere professionale
Clelia Fabbian

QUALE NUOVA ORGANIZZAZIONE?

- **Favorire l'integrazione funzionale delle diverse professionalità dell'ASL**
- **Promuovere lo sviluppo delle forme di medicina associativa**
- **Promuovere una riqualificazione del personale infermieristico**
- **Implementare i servizi territoriali di supporto (ADI/Dimissioni protette/ADIMED)**



OBIETTIVO PRINCIPALE

Si deve puntare non solo a prolungare la sopravvivenza e a ridurre le riopedalizzazioni ma soprattutto a

MIGLIORARE LA QUALITA' DI VITA





LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO NELLE CURE PRIMARIE

Padova, **sabato 7 febbraio 2015**

Una proposta di PDTA per il paziente dimesso con scompenso cardiaco

Maurizio Anselmi

UOC Cardiologia – Ospedale Fracastoro di San Bonifacio – ULSS 20 Verona



Scuola Medica
dell'Azienda
ULSS 20



CONVEGNO

**"SCOMPENSO CARDIACO:
PERCORSI CLINICI ED
ORGANIZZATIVI TRA
TERRITORIO, OSPEDALE E
TERRITORIO"**



12 OTTOBRE 2013

**Ospedale "G. Fracastoro"
San Bonifacio (VR)**

Sala Conferenze

Una sindrome più che una malattia: diagnosi e approccio multidisciplinare

Malattia cronica con riacutizzazioni
Elevata mortalità (50% a 4 anni per NYHA 3-4)
Multi-organo (teoria neuro-ormonale)
Prevalenza aumenta con età (10-20% >70 aa)
Co-morbidità
Molteplici clinici coinvolti
Elevati costi sociali (2% spesa sanitaria)
Elevata ospedalizzazione (5% di tutte le cause)
Compliance, aderenza alla cura essenziale

L'epidemiologia in veneto

Tabella 1.6 Dimissioni per acuti in regime ordinario per i DRG più frequenti: numero (N) e durata della degenza. Strutture ospedaliere del Veneto. Anni 2000-2011.

DRG	2000			2011		
	N	Degenza Media	Degenza Mediana	N	Degenza Media	Degenza Mediana
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	29.109	4,0	4	29.922	3,4	3
372-Parto vaginale con diagnosi complicanti	545	5,9	5	1.138	4,5	4
127-Insufficienza cardiaca e shock	14.688	11,2	9	17.549	10,8	9
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori				14.949	10,7	9
371-Parto cesareo senza CC	9.833	6,8	6	11.197	4,9	4
370-Parto cesareo con CC	812	9,5	7	807	7,7	5
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	9.175	5,9	6	10.362	3,8	3
358-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	682	9,1	8	386	7,6	6
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	5.887	13,7	12	6.552	12,7	11
090-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	4.207	11,6	10	3.793	9,7	8

3.2 Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco

Nel 2008 si sono verificati 4,7 ricoveri per scompenso cardiaco ogni 1.000 abitanti (4,6 per mille e 4,8 per mille rispettivamente nei maschi e nelle femmine). Il tasso grezzo di ricovero per scompenso cardiaco è in sensibile aumento ed in modo omogeneo nei maschi e nelle femmine (tabella 3.4).

Tabella 3.4. Ospedalizzazione per scompenso cardiaco: tassi grezzi di ospedalizzazione per sesso (per 100.000). Residenti in Veneto. Anni 2000-2008.

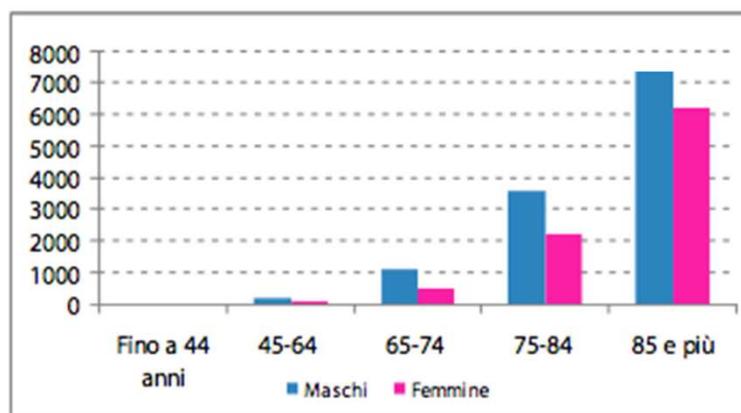
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Maschi	393,7	425,1	437,1	433,8	437,5	431,0	441,0	448,5	455,3
Femmine	426,6	443,4	466,7	463,2	485,1	476,1	490,8	473,6	484,1
Totale	410,6	434,5	452,3	448,9	461,8	454,0	466,4	461,3	470,0

Capitolo 3. L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco nel Veneto

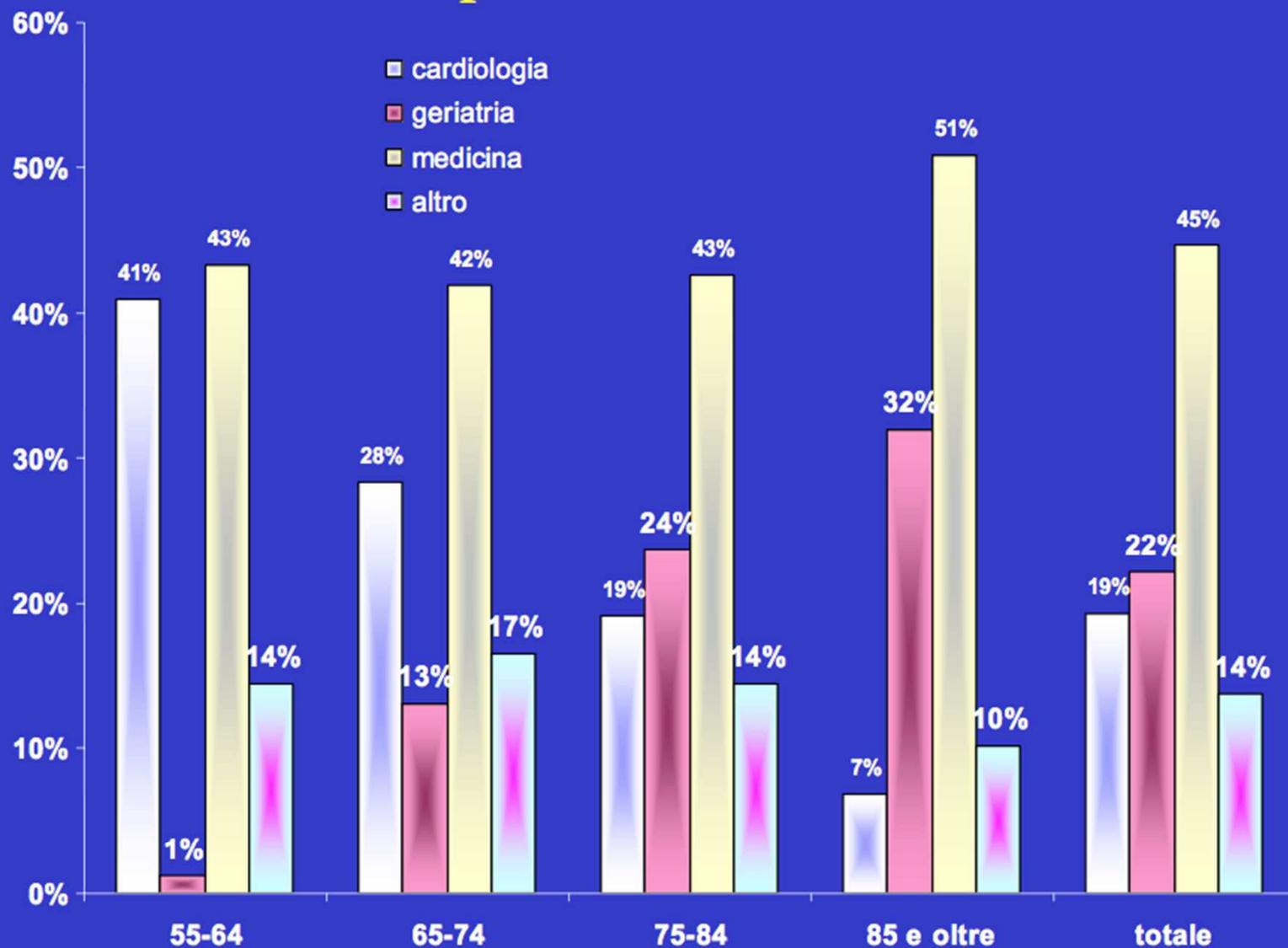


Tabella 3.5 e Figura 3.1. Ospedalizzazione per scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione specifici per sesso e classe di età (per 100.000). Residenti in Veneto. Anno 2008.

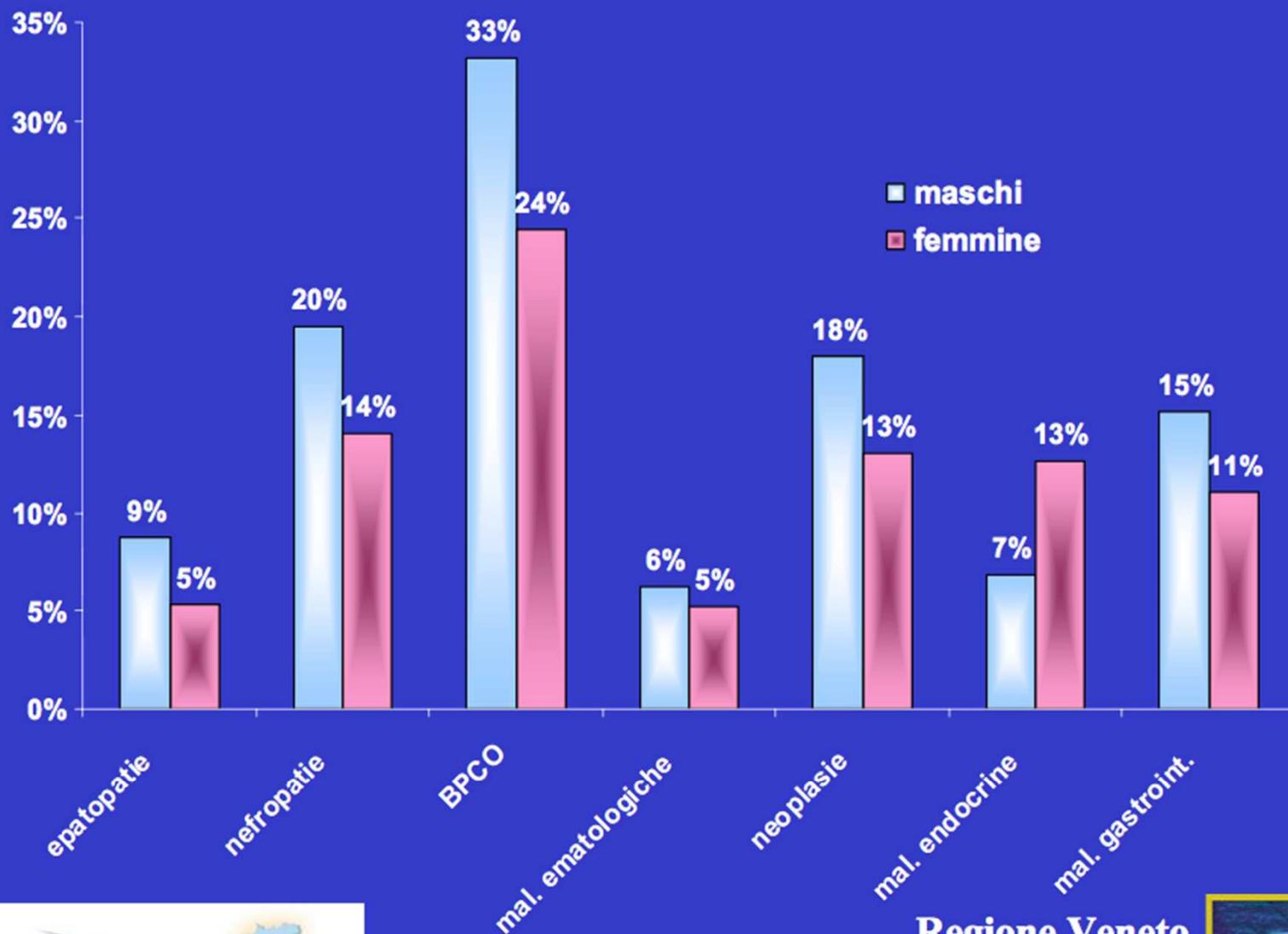
	Maschi	Femmine	Totale
0-44	14,6	14,2	14,4
45-64	187,3	77,4	132,3
65-74	1.122,2	527,1	804,2
75-84	3.565,0	2.231,7	2.740,9
85 +	7.359,4	6.204,3	6.512,6
Totale	455,3	484,1	470,0



Reparto di dimissione



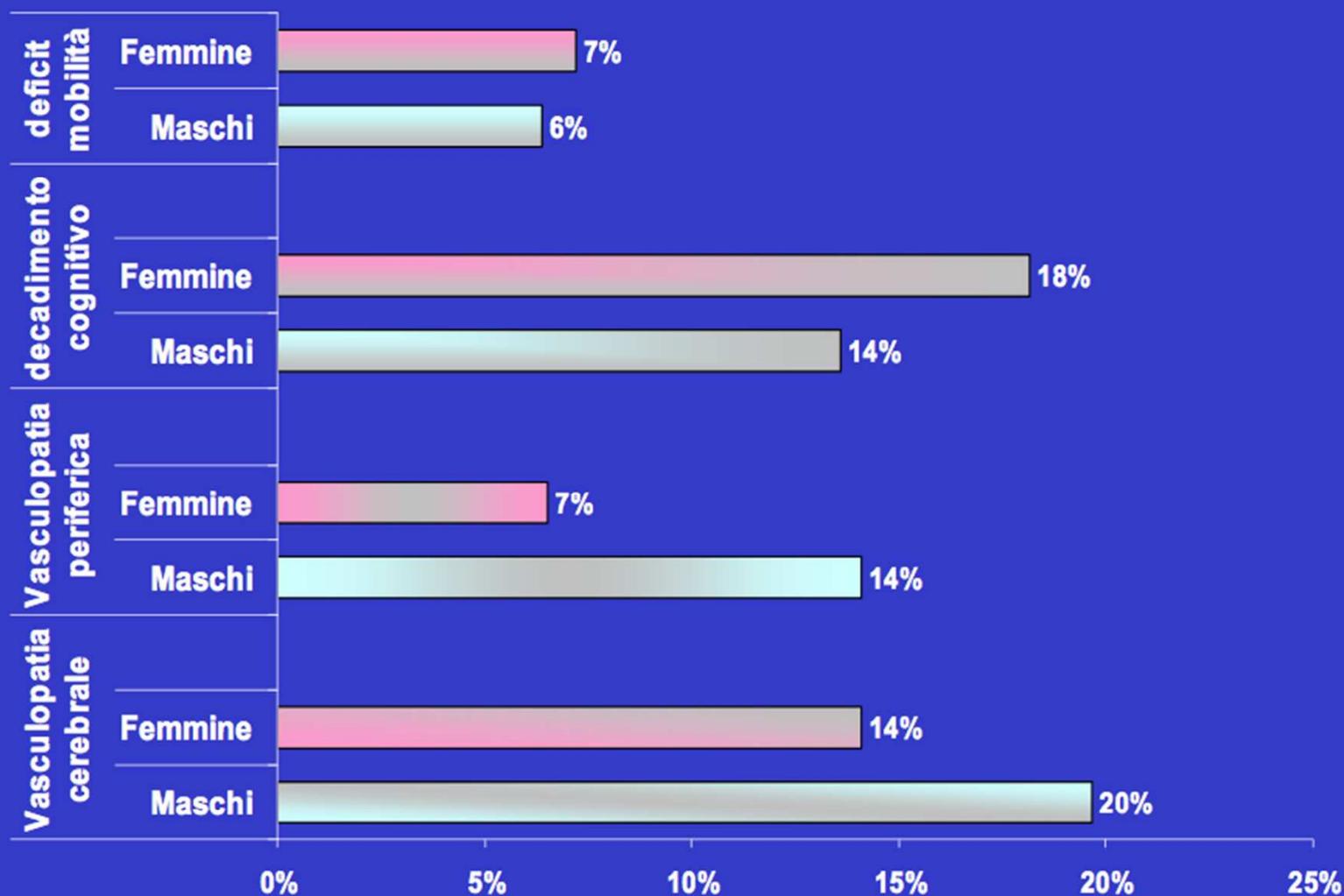
Comorbidità



Regione Veneto
Assessorato alle Sanità
Direzione Programmazione Socio Sanitaria



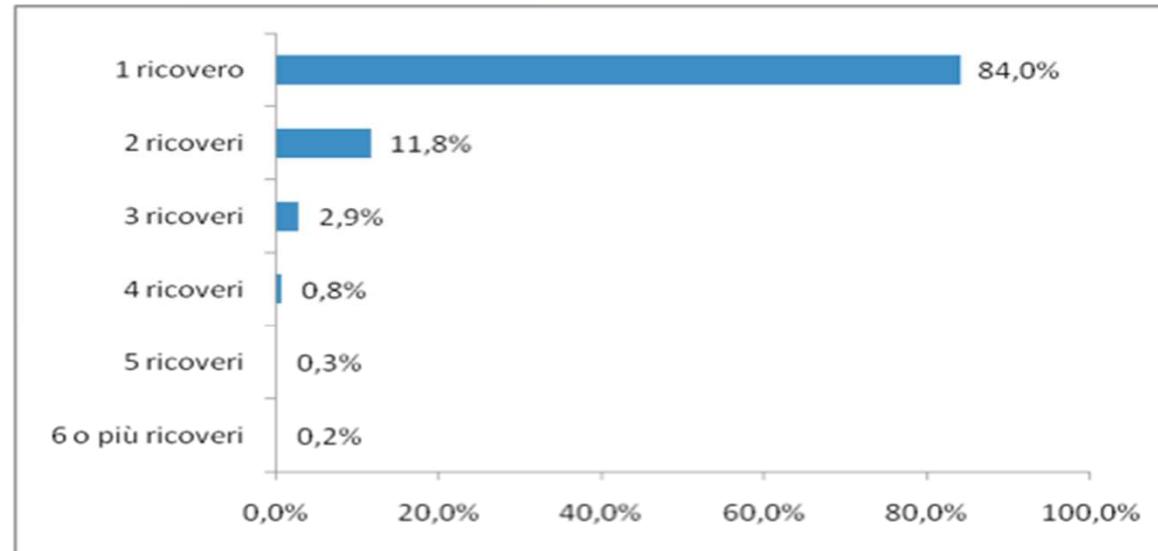
Comorbosità



Indicatori di qualità dell'assistenza per i DG

	Descrizione	Motivazione e riferimento al PSSR	Indicatore	Standard di riferimento [fonte e anno]	Flussi
Cure primarie	Presenza in carico paziente con scompenso cardiaco cronico da parte del MMG	<p>1° DRG negli anziani; è considerato un ricovero potenzialmente prevenibile. Bassa performance del Veneto a livello nazionale <i>Lo scompenso cardiaco è una condizione morbosa estremamente diffusa nella popolazione veneta e, dopo il parto, costituisce la seconda causa di ricovero ospedaliero. Ha pertanto un notevole impatto sullo stato di salute della popolazione e pesa considerevolmente sul sistema sanitario (p.15)</i></p>	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 1.000 abitanti/anno, per ULSS di residenza	1° terzile <4 per mille [SER, 2009, cfr. PIS ARS, PRIL, PNE AGENAS]	SDO
	Presenza in carico in Cure Domiciliari	<p><i>Rappresentano obiettivi di salute prioritari nell'arco di vigenza del presente PSSR (...)</i> <i>nell'area dell'assistenza al paziente fragile:</i> - <i>diffusione e consolidamento dei percorsi di ammissioni e di dimissioni protette, supportati da protocolli Ospedale-Territorio;</i> - <i>potenziamento dei servizi domiciliari (sanitari e socio-assistenziali) e loro integrazione con le unità di offerta delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) pubblici o privati (p.46)</i></p>	% ultra75enni visitati a domicilio entro 2 gg. dalla dimissione per ricovero ordinario, per ULSS di residenza	1° terzile >8,5% [SER 2012; cfr. DGR 2372/2011]	Dimessi a domicilio: SDO Attività: Sist. Inform. CD
Cure Ospedaliere	Percorso parto	<i>Sarà riorganizzata la rete dei punti nascita con l'obiettivo di pervenire ad una razionalizzazione ed una riduzione progressiva di quei punti nascita che registrano un numero di parti inferiore ai 1.000/anno, fatta eccezione per le zone montane, lagunari o a bassa densità abitativa. Al riguardo si richiama l'accordo Stato-Regioni "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita" (p.89)</i>	% parti cesarei primari, per Azienda Sanitaria di ricovero	1° decile <20% [AGENAS, 2010; cfr. Ministero Salute, MeS, AHRQ ARSS]	SDO (monitorizzato su CEDAP dal 2014)
	Trattamento in acuto dell'IMA	<i>La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti già attivate (rete infarto miocardico, ...) che andranno aggiornate alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche e ad una seria analisi dei costi-efficacia ed efficienza (p.67)</i>	IMA STEMI: % di trattati con effettuazione PTCA entro 24 h, per ULSS di residenza	1° terzile >46% [SER, 2010; cfr. ARS PARSIS, PNE AGENAS]	SDO
	Setting dell'attività chirurgica	<i>Lo sviluppo e l'estensione di nuovi modelli di organizzazione delle degenze basati su moduli dedicati all'assistenza diurna e settimanale (week surgery) per alcune discipline chirurgiche. (p.62)</i>	% colecistectomie laparoscopiche, per Azienda di ricovero	1° terzile >95% [AGENAS, 2010, ARSS, SER]	SDO
	Riammissioni ospedaliere	<i>Implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte e di gestione dei trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), nonché di costante collegamento con i medici di famiglia. In particolare l'assistenza infermieristica distrettuale (...) dovrà essere assicurata h 24 per 7/7 gg. (p.52)</i>	% riammissioni mediche a 30 gg. nei pazienti ultra75enni, per ULSS di residenza	1° terzile <2.3% [PRIL, 2007-2008 - negli ultra65enni]	SDO
	Frattura del collo del femore	<i>Restano, peraltro, ampi margini di miglioramento in termini di appropriatezza, accessibilità ai trattamenti ed uniformità di prestazioni nelle diverse Aziende ULSS per quanto concerne alcuni eventi morbosi molto frequenti nella popolazione anziana, come le fratture di femore e lo scompenso di cuore (p.23)</i>	% ultra65enni con frattura collo del femore operati entro 2 giorni, per Azienda di ricovero	1° terzile >60% [SER, 2010; cfr. AGENAS]	SDO

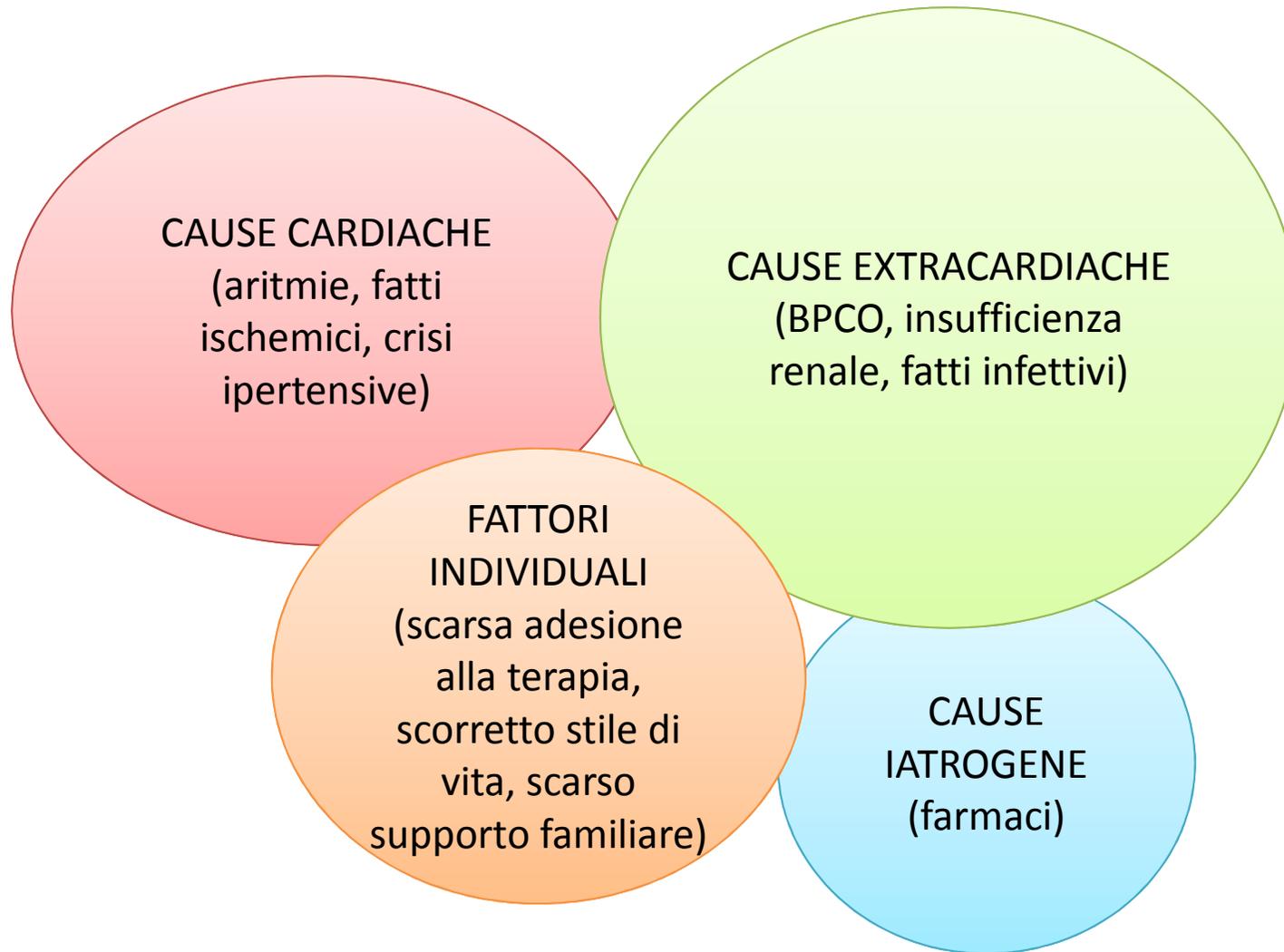
Figura 3.8. Ospedalizzazione per scompenso cardiaco: soggetti per numero di ricoveri. Residenti in Veneto. Anno 2008.



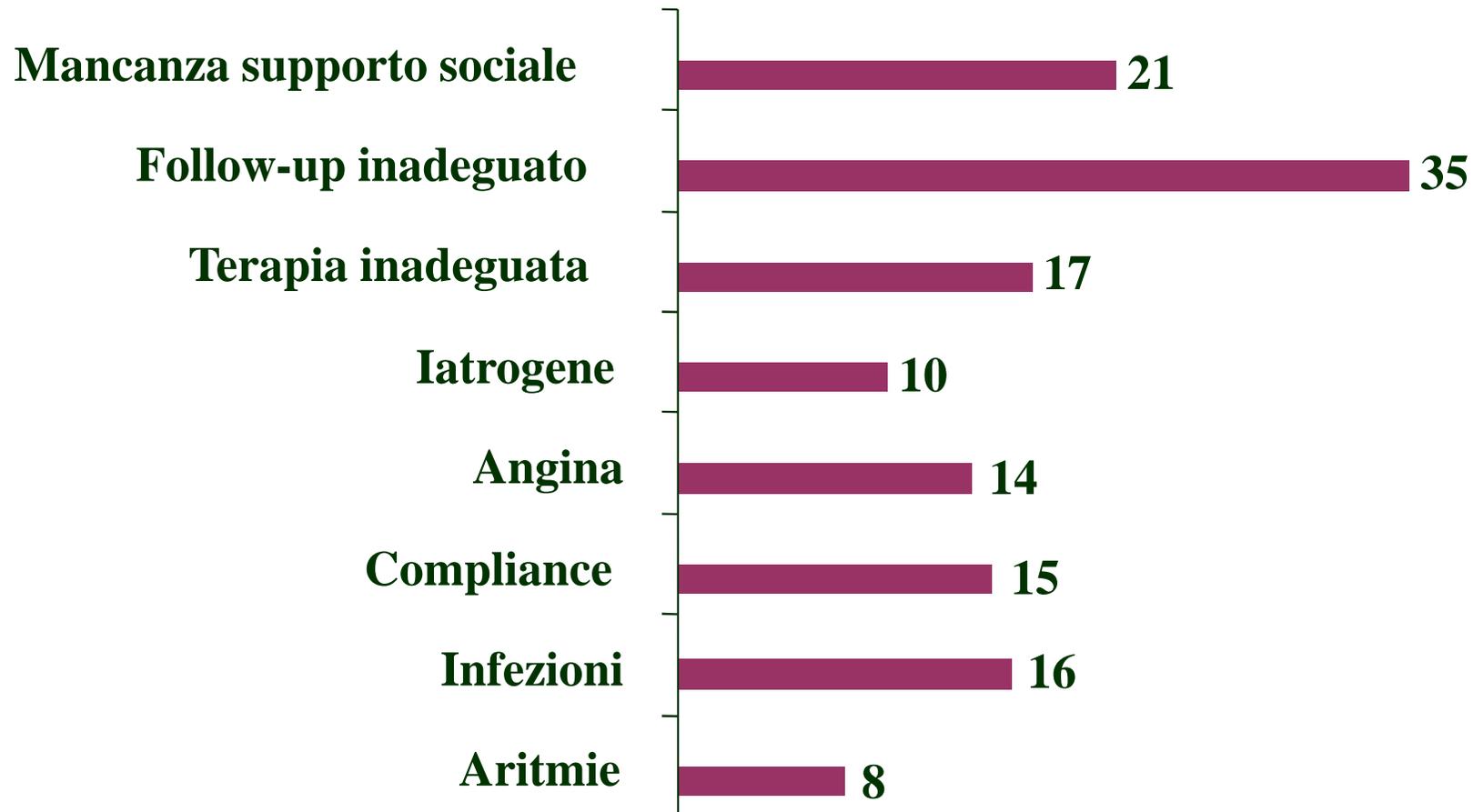
**TASSO DI RE-
OSPEDALIZZAZIONE A 3,6,
12 MESI DAL RICOVERO**

- 16% a 3 mesi
- 30% a 6 mesi
- > 40% a 12 mesi

CAUSE di REOSPEDALIZZAZIONE



Cause di ri-ospedalizzazione per scompenso cardiaco



CHE DICE LA LETTERATURA?

A MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION TO PREVENT THE READMISSION OF ELDERLY PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

Rich MW et al. N Engl J Med 1995

- Educazione del paz e dei familiari
- Prescrizioni dietetiche
- Consultazione dei servizi sociali per la dimissione precoce
- Valutazione della compliance
- Follow up intensivo

Table 3. Independent Predictors of Readmission, According to the Cox Proportional-Hazards Model.

VARIABLE	RISK RATIO*	95% CONFIDENCE INTERVAL	P VALUE
Blood urea nitrogen	1.17	1.06-1.28	0.001
Systolic blood pressure	0.90	0.84-0.96	0.003
Serum sodium	0.94	0.89-0.98	0.007
Diabetes mellitus	1.60	1.05-2.44	0.03
Assignment to the treatment group	0.67	0.45-0.99	0.05

*Risk ratios were based on increments of 10 mg per deciliter (3.57 mmol per liter) for blood urea nitrogen, 10 mm Hg for systolic blood pressure, and 1 mmol per liter for serum sodium.

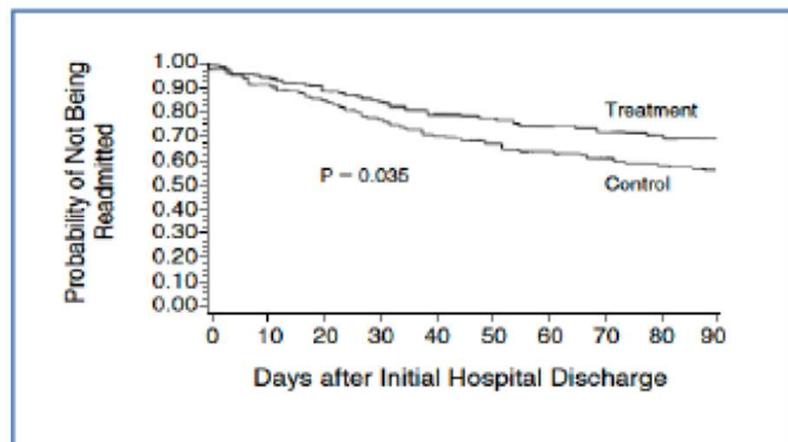


Table 5. Costs of Care for the Study Patients.

COMPONENT OF CARE	CONTROL GROUP	TREATMENT GROUP	DIFFERENCE
	<i>\$ per patient</i>		
Intervention	Not applicable	216	+216
Care givers	828	1,164	+336
Other medical care	1,211	1,257	+46
Readmission	3,236	2,178	-1,058
All	5,275	4,815	-460

*P = 0.03 for the difference between groups.

Cost/Utility Ratio in Chronic Heart Failure: Comparison Between Heart Failure Management Program Delivered by Day-Hospital and Usual Care

Soccorso Capomolla, MD, Oreste Febo, MD, Monica Ceresa, MD, Angelo Caporotondi, MD,
Giampaolo Guazzotti, MD, Maria Teresa La Rovere, MD, Marina Ferrari, NS, Francesca Lenta, NS,
Sonia Baldin, NS, Chiara Vaccarini, MD, Marco Gnemmi, MD, GianDomenico Pinna, MS,
Roberto Maestri, MS, Paola Abelli, MD, Sandro Verdrosi, MD, Franco Cobelli, MD

Montescano, Italy

A heart failure outpatient management program delivered by a DH can reduce mortality and morbidity of CHF patients. This management strategy is cost-effective and has an equitable value from a societal point of view.

Table 4. Economic Profile of Patients Grouped According to Management Strategies

Costs	Usual Care	Day-Hospital	p Value
Annual pharmacologic costs (\$)	490 ± 164	741 ± 206	0.000001
Health management costs (\$)	—	1,243 ± 868	—
Rehospitalization costs (\$)	1,332 ± 1,992	268 ± 801	0.000001
Strategy costs (\$)	178,553	167,785	—
Cost/utility (\$)	2,409	2,244	—
Incremental cost/utility (\$) (95% CI)		19,462 (13,904–34,048)	

CI = confidence interval.

Rehospitalization for Heart Failure

Problems and Perspectives

- 27% a 30 gg
- 37% a 60 gg
- (Medicare patients)

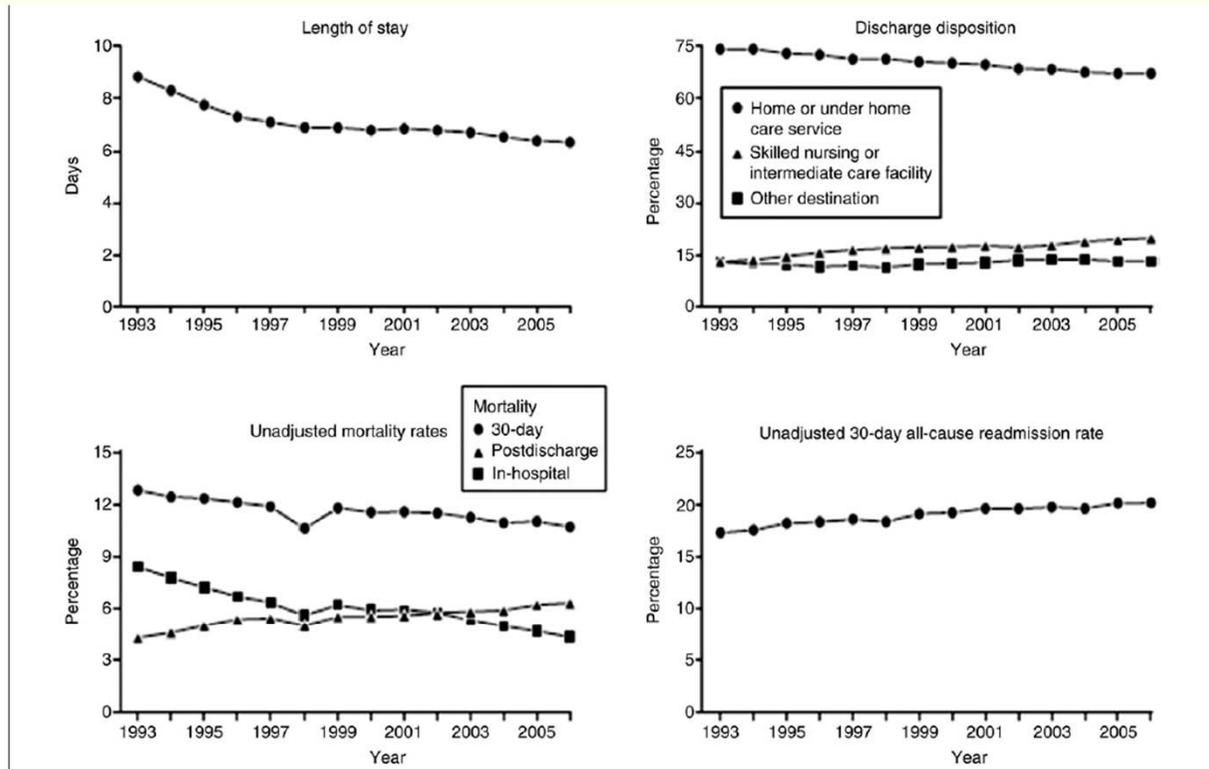


Figure 1 Hospitalization for HF in the United States

Secular trends for length of stay, discharge disposition, unadjusted mortality, and 30-day all-cause readmission rates in Medicare fee-for-service patients hospitalized for heart failure (HF) between 1993 and 2006. Due to their small size, error bars (95% confidence intervals) are included within the size of the data markers. Reproduced, with permission, from Bueno et al. (77).

Original Article

Hospital Strategies Associated With 30-Day Readmission Rates for Patients With Heart Failure

Elizabeth H. Bradley, PhD; Leslie Curry, MPH, PhD; Leora I. Horwitz, MD, MHS;
Heather Sipsma, PhD; Yongfei Wang, MS; Mary Norine Walsh, MD; Don Goldmann, MD;
Neal White, MD; Ileana L. Piña, MD, MPH; Harlan M. Krumholz, MD, SM

Background—Reducing hospital readmission rates is a national priority; however, evidence about hospital strategies that are associated with lower readmission rates is limited. We sought to identify hospital strategies that were associated with lower readmission rates for patients with heart failure.

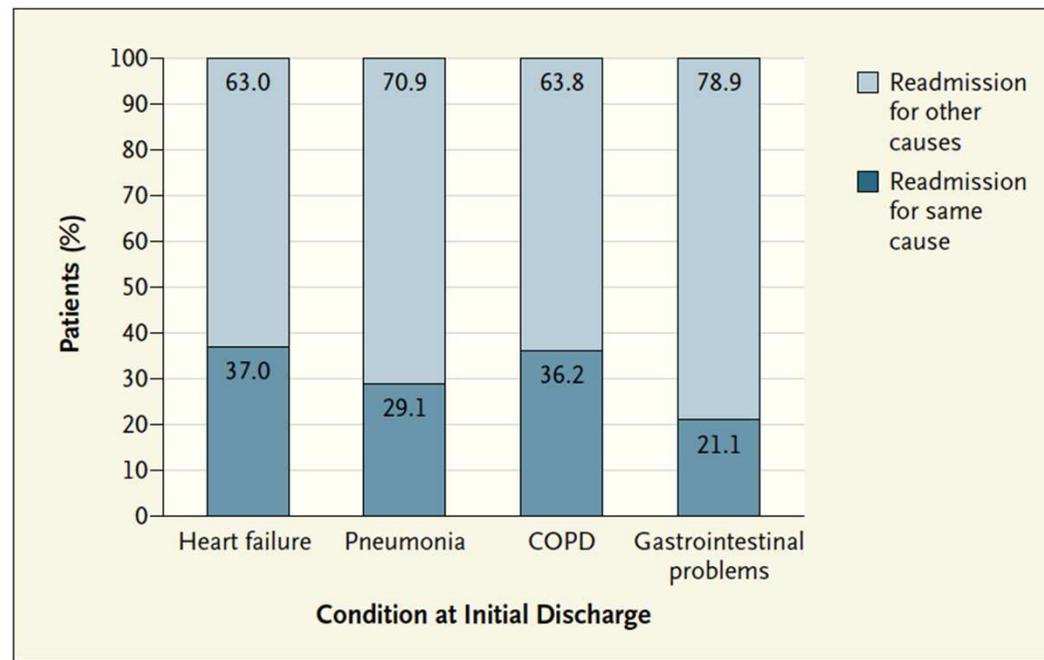
Methods and Results—Using data from a Web-based survey of hospitals participating in national quality initiatives to reduce readmission (n=599; 91% response rate) during 2010–2011, we constructed a multivariable linear regression model, weighted by hospital volume, to determine strategies independently associated with risk-standardized 30-day readmission rates (RSRRs) adjusted for hospital teaching status, geographic location, and number of staffed beds. Strategies that were associated with lower hospital RSRRs included the following: (1) partnering with community physicians or physician groups to reduce readmission (0.33 percentage point lower RSRRs; $P=0.017$), (2) partnering with local hospitals to reduce readmissions (0.34 percentage point; $P=0.020$), (3) having nurses responsible for medication reconciliation (0.18 percentage point; $P=0.002$), (4) arranging follow-up appointments before discharge (0.19 percentage point; $P=0.037$), (5) having a process in place to send all discharge paper or electronic summaries directly to the patient's primary physician (0.21 percentage point; $P=0.004$), and (6) assigning staff to follow up on test results that return after the patient is discharged (0.26 percentage point; $P=0.049$). Although statistically significant, the magnitude of the effects was modest with individual strategies associated with less than half a percentage point reduction in RSRRs; however, hospitals that implemented more strategies had significantly lower RSRRs (reduction of 0.34 percentage point for each additional strategy).

Conclusions—Several strategies were associated with lower hospital RSRRs for patients with heart failure. (*Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013;06:444-450.)

Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk

Harlan M. Krumholz, M.D.

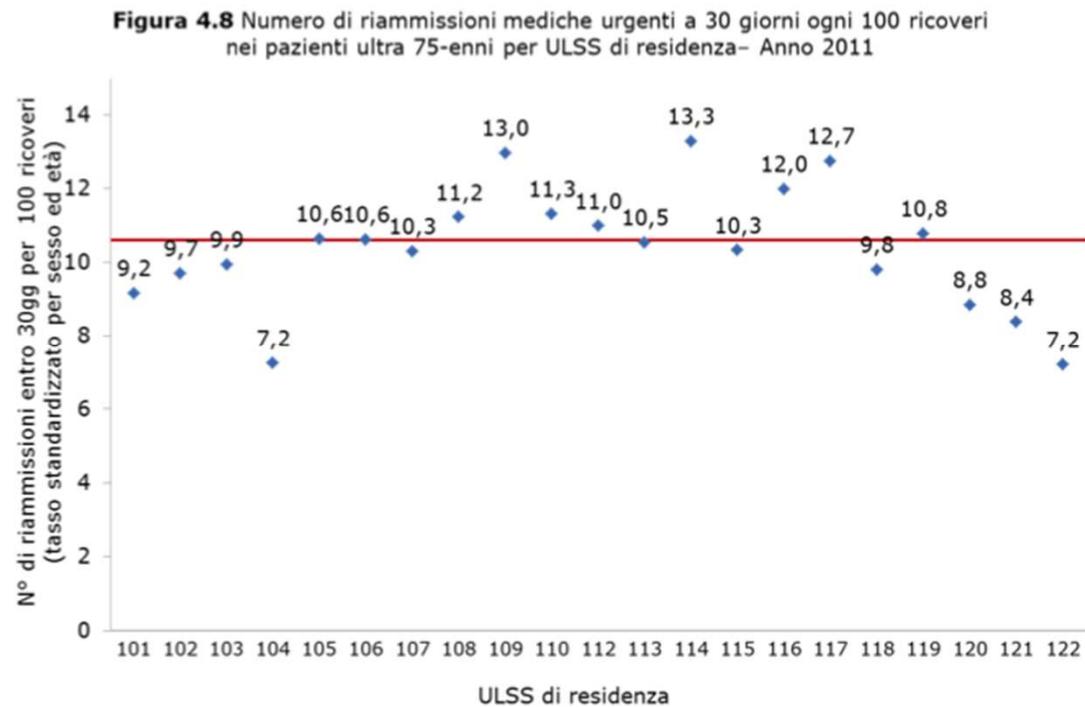
“nearly one fifth of Medicare patients necessitates another hospitalization within 30 days”



Proportions of Rehospitalizations for Causes Other Than the Condition at Initial Discharge.

Krumholz HM, NEJM 2013;368.100

La media di riammissioni mediche a 30 giorni rilevate in Veneto nel 2011 tra gli ultrasessantacinquenni è pari a 10.6.



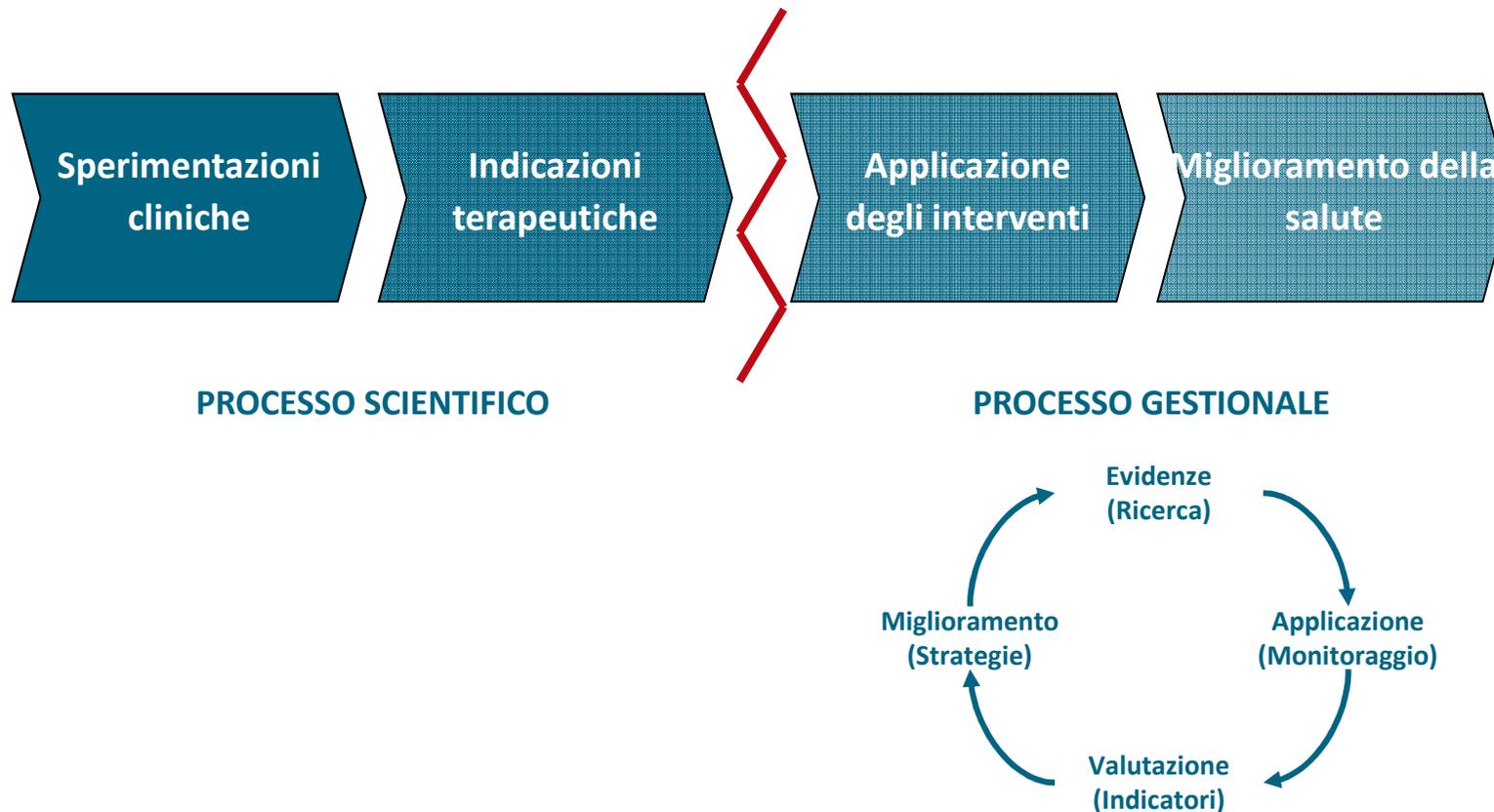
Risk Prediction Models for Hospital Readmission

A Systematic Review

Readmission risk prediction is a complex endeavor with many inherent limitations. **Most models created to date, whether for hospital comparison or clinical purposes, have poor predictive ability.** Although in certain settings such models may prove useful, better approaches are needed to assess hospital performance in discharging patients, as well as to identify patients at greater risk of avoidable readmission.

Kansagara D, JAMA 2011;306(15):1688-1698

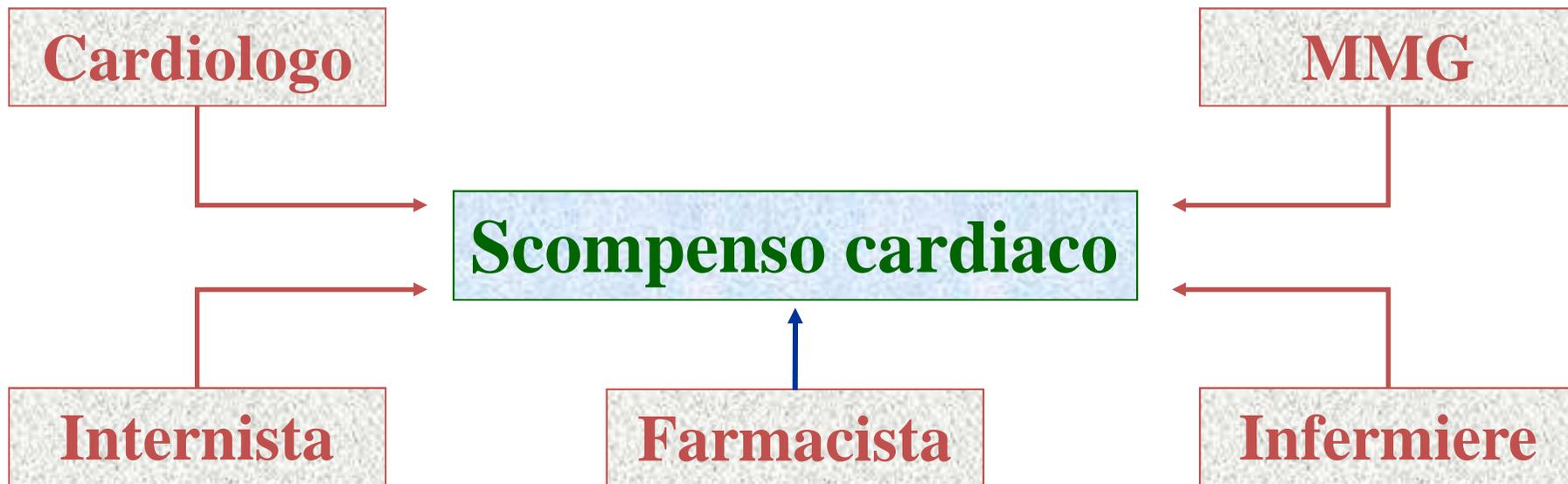
Le difficoltà di passaggio dalle evidenze scientifiche alla pratica clinica, dallo “scientifico” al “gestionale”



- Il modello del cHronic care

-la Continuità ospedale-territorio

Gestione multidisciplinare dello scompenso cardiaco



Continuità ospedale-territorio

Il Chronic Care Model per gestire le cronicità

1-promuovere la cooperazione fra tutti i produttori di servizi per malati cronici

2-finalizzare alle sole cronicità una parte delle risorse del sistema assistenziale

3-promuovere il self-management

6-rendere l'accesso ai dati clinici completo e rapido

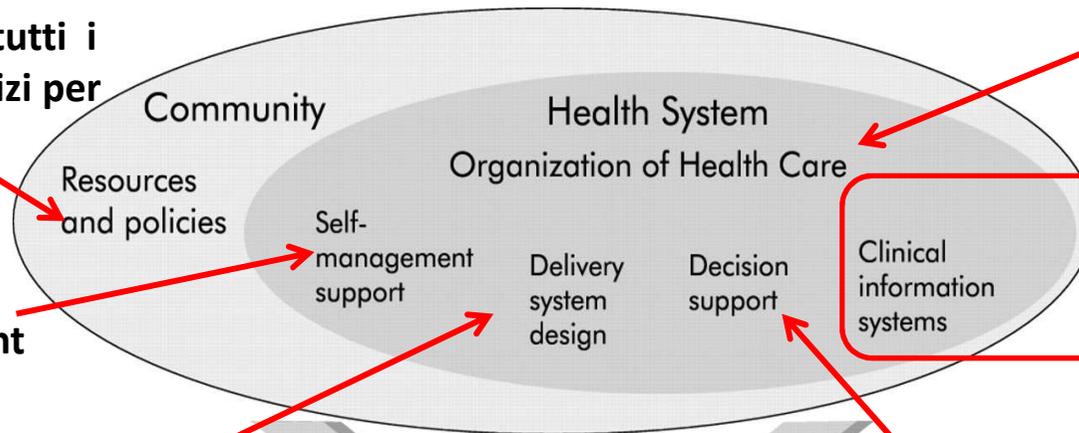
4-affidare prevenzione e cura a team multidisciplinari

5-riferirsi a percorsi assistenziali EBM e standard assistenziali; audit e formazione

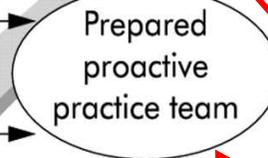
Pazienti esperti e attivi

Curanti (medici) formati, informati e proattivi

MEDICINA DI INIZIATIVA

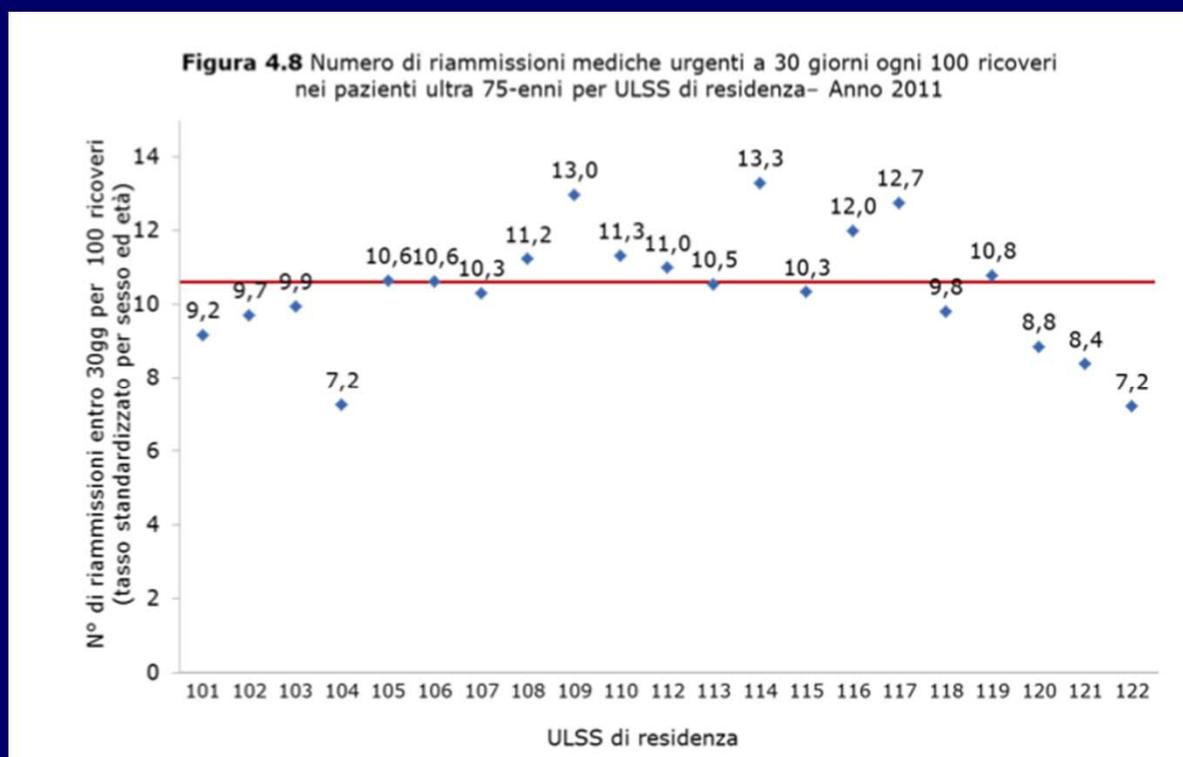


Productive interactions

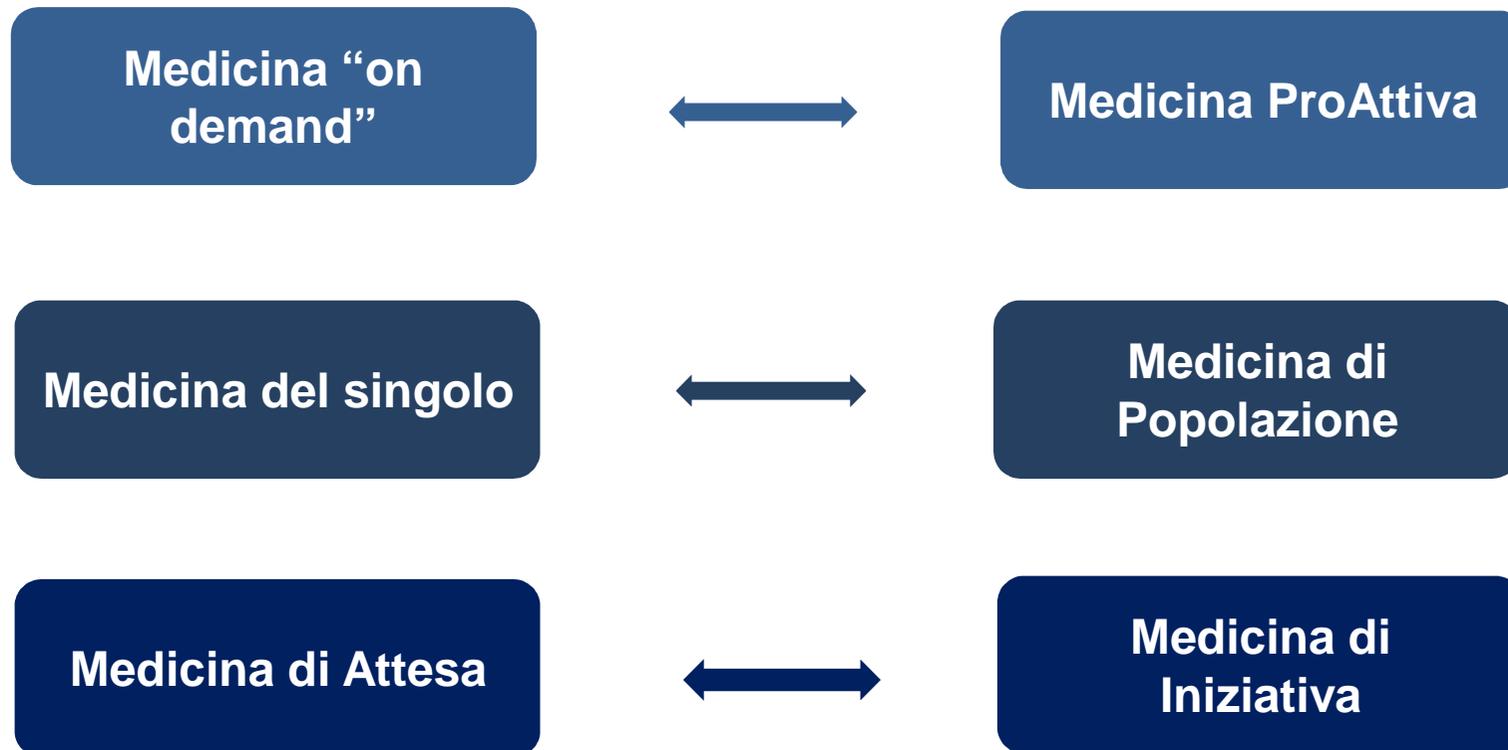


Functional and clinical outcomes

La media di riammissioni mediche a 30 giorni rilevate in Veneto nel 2011 tra gli ultrasessantacinquenni è pari a 10.6 per 100 dimessi



Cambiare la medicina generale per contrastare l'epidemia delle cronicità

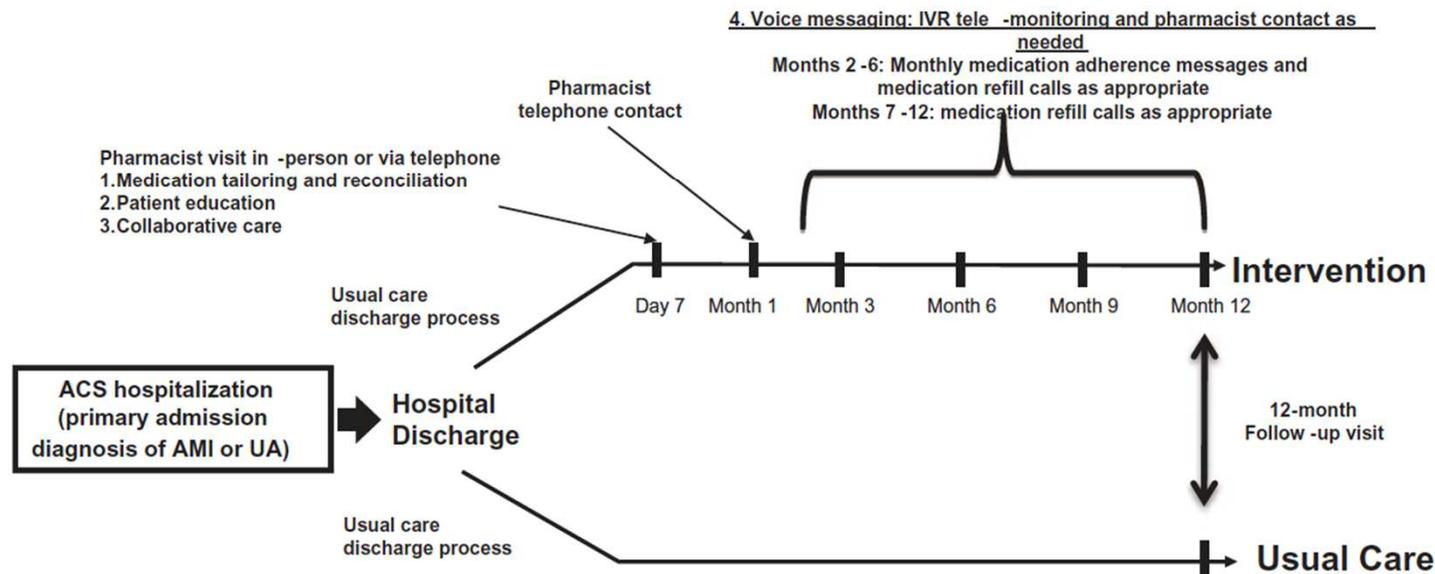


Dal bisogno della medicina d'attesa alla domanda di Sanità di iniziativa
Creazione di percorsi specifici per le patologie croniche ad elevato impatto
Modello assistenziale integrato con le altre strutture sanitarie del territorio e l'ospedale per intensità di cure

Methods Paper

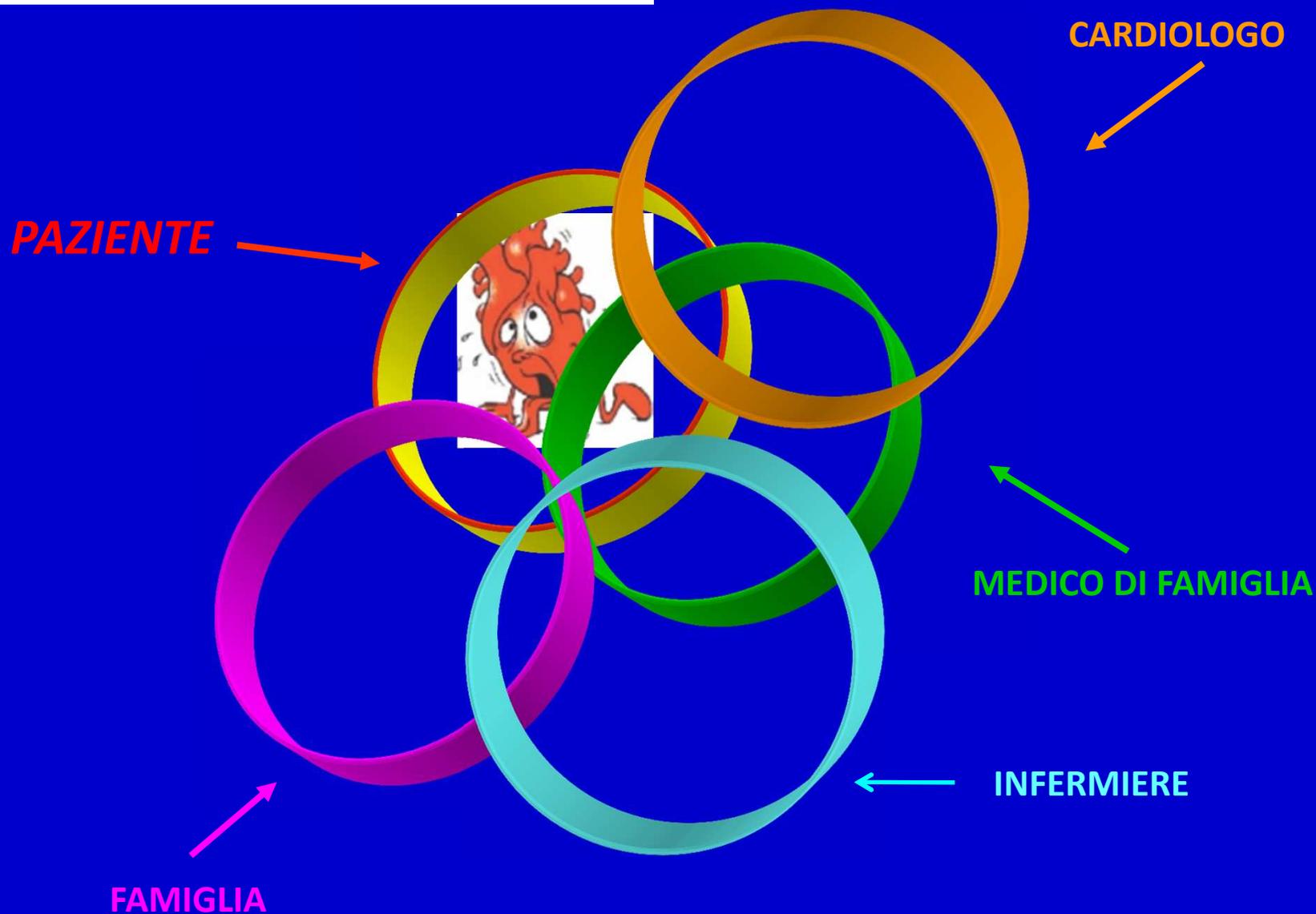
Patient-Centered Adherence Intervention After Acute Coronary Syndrome Hospitalization

Anne Lambert-Kerzner, MSPH; Eric J. Del Giacco, MD; Ibrahim E. Fahdi, MD;
Chris L. Bryson, MD, MS; S. Dee Melnyk, PharmD, MHS; Hayden B. Bosworth, PhD;
Ryan Davis, PharmD; Howard Mun, PharmD; Jennifer Weaver, PharmD; Casey Barnett, PharmD;
Tiffany Radcliff, PhD; Amanda Hubbard, MA; Kevin D. Bosket, MPH; Evan Carey, BS;
Allison Virchow, BS; Renee Mihalko-Corbitt, DNP; Amy Kaufman, MSW;
Kathy Marchant-Miros, BSN; P. Michael Ho, MD, PhD; on behalf of the Multifaceted Intervention to
Improve Cardiac Medication Adherence and Secondary Prevention Measures (Medication) Study Investigators



LA GESTIONE SUL TERRITORIO

Gli Attori



LA GESTIONE OSPEDALE- TERRITORIO

i punti “critici”

A) La transizione ospedale/territorio;

B) Il follow-up extraospedaliero:

- più della metà delle cause di re-ospedalizzazione è prevenibile;
- scarsa aderenza alla terapia e alle prescrizioni igienico-dietetiche;
- terapie inappropriate;
- ritardi nel rivolgersi al medico
(ritardo medio comparsa sintomi/ricovero 7 gg);

C) La transizione territorio/ospedale:

- >70% dei pz. viene ricoverato in ritardo rispetto ai sintomi.

LA GESTIONE SUL TERRITORIO

I compiti del MMG

Il giudizio di stabilità

- √. **Assenza di sintomi a riposo;**
- √. **Assenza di peggioramento della tolleranza fisica;**
- √. **Assenza di angina;**
- √. **Assenza di aritmie ventricolari significative;**
- √. **Esame obiettivo invariato;**
- √. **Peso stabile (variazioni <3 Kg);**
- √. **PAS invariata e >90 mm Hg;**
- √. **Creatinina invariata;**
- √. **Na >134 mEq/l;**
- √. **Assenza di effetti collaterali dei farmaci.**

LA GESTIONE SUL TERRITORIO

I compiti del MMG

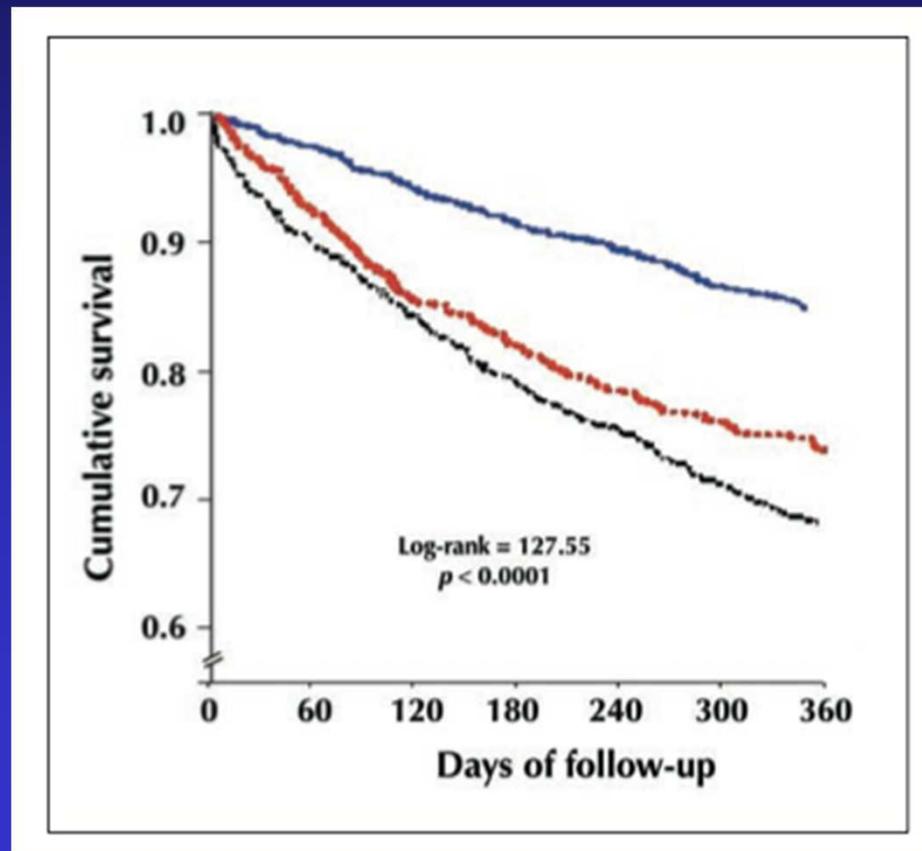
la terapia (farmacologica e non)

- **non fumare;**
- **no alcool (o con massima moderazione);**
- **peso ideale;**
- **limitare il sale;**
- **controllare assunzione liquidi;**
- **Controllare il peso quotidiano;**
- **attività fisica “adeguata”;**
- **prevenire infezioni (vaccinazioni).**

Impact of specialist follow-up in outpatients with congestive heart failure

Justin A. Ezekowitz, Carl van Walraven, Finlay A. McAlister, Paul W. Armstrong, Padma Kaul

- MMG + cardiologo
- Solo MMG
- No visite programmante



La gestione integrata ha dimostrato inequivocabilmente, in confronto con la gestione tradizionale:

- ▶ **Riduzione del numero delle re-ospedalizzazioni;**
- ▶ **Miglioramento dei sintomi e della capacità funzionale;**
- ▶ **Score più elevati di qualità di vita.**

Medicina d'iniziativa

Counselling: l'educazione del paziente e dei familiari

- 1. La natura dei sintomi;**
- 2. L'importanza e gli obiettivi di ciascun farmaco, i possibili inconvenienti;**
- 3. L'importanza e gli obiettivi delle misure non farmacologiche;**
- 4. La necessità di discutere ogni problema apertamente;**
- 5. Come riconoscere subito un peggioramento e cosa fare in tal caso;**
- 6. La necessità di sottoporsi a controlli periodici;**
- 7. Come si possono co-gestire alcuni aspetti della terapia (es. controllo del peso e dosaggio del diuretico);**

UNA PROPOSTA (DI UN PDTA)

Original Article

The care for chronic heart failure by general practitioners. Results from a clinical audit in Italy

Maurizio Cancian¹, Alessandro Battaglia¹, Mario Celebrano¹, Francesco Del Zotti¹, Bruno Franco Novelletto¹, Raffaella Michieli¹, Michele Pellizzari², Mario Saugo³ & Roberto Toffanin²

¹S.I.M.G. Società Italiana di Medicina Generale, Scuola Veneta di Medicina Generale, Padua, Italy, ²Epidemiological Service of the Veneto Region, Padua, Italy, and ³Local Health Unit, Thiene (VI), Italy

KEY MESSAGE(S):

- The implementation of an audit process among General Practitioners can effectively improve the prescriptions of ACE inhibitors/ARBs and beta blockers in patients affected by CHF.
- Key parameters (weight, pulse, blood pressure) should be routinely recorded by patients and their caregivers as they may anticipate a relapse of disease.
- Brain Natriuretic Peptide (BNP) should be introduced in the diagnostic process of CHF in general practice.

ITALIAN NETWORK on CONGESTIVE HEART FAILURE

Dati relativi a 23855 pazienti ambulatoriali con diagnosi di scompenso (in accordo alle linee guida ESC) raccolti da 142 Centri Cardiologici da Marzo 1995 a Luglio 2005 mediante un apposito software

Distribuzione geografica dei centri

	IN-CHF	ITALIA
Nord	44%	41%
Centro	27%	24%
Sud	29%	35%



Tabella 1. Principali caratteristiche cliniche e anamnestiche dei pazienti arruolati nel registro IN-CHF.

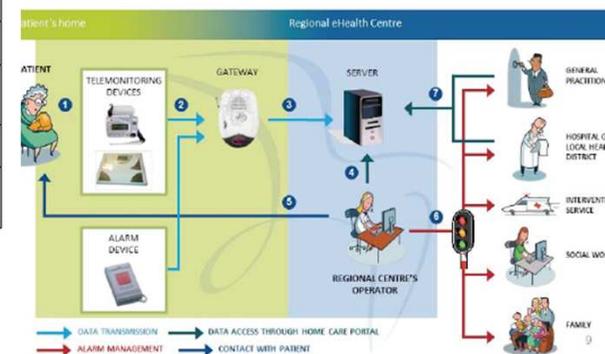
Classe NYHA III-IV	25.8%
FE < 30%	27.6%
FE > 40%	30.9%
Pressione arteriosa sistolica	132 ± 22
< 100 mmHg	3.4%
Frequenza cardiaca	77 ± 17
> 100 b/min	9.5%
Terzo tono	16.5%
Ricovero per SC nell'anno precedente	55.3%

FE = frazione di eiezione; SC = scompenso cardiaco.

REgIoNs of Europe Working toGether for HEALTH

(Grant Agreement No 250487)

	At 9 months (IG = 184, 87.62% of target, CG = 86, 81.9% of target)								At 12 months (IG = 182, 86.67% of target, CG = 86, 81.9% of target)							
	Intervention		Control		IG vs. CG				Intervention		Control		IG vs. CG			
	N	%	N	%	rr	CI	delta	pvalue*	N	%	N	%	rr	delta	CI	pvalue*
Combined end point of all-cause mortality and number of hospitalisations for heart failure*	64	34.78%	46	49.46%	0.70	(0.53 - 0.94)	-29.68%	0.03	72	39.34%	48	51.61%	0.76	-23.77%	(0.58 - 0.99)	0.05
All-cause mortality	31	16.85%	11	12.79%	1.32	(0.7 - 2.49)	31.74%	0.50	38	20.88%	17	19.77%	1.06	5.61%	(0.63 - 1.76)	0.96
% of patients with at least one visit to emergency department	100	54.35%	50	58.14%	0.93	(0.75 - 1.17)	-6.52%	0.65	106	58.24%	56	65.12%	0.89	-10.57%	(0.73 - 1.09)	0.35
	Median	IR**	Median	IR**	Δ***	CI	p-value*		Median	IR**	Median	IR**	Δ***	CI	p-value*	
Number of visits to emergency department	1	(0 - 2)	1	(0 - 2)	0	(-4.75e-5 - 5.57e-5)	0.34		1	(0 - 2)	1	(0 - 2.75)	0	(-3.96e-05 - 3.28e-05)	0.24	
Number of bed days for hospitalised patients	12	(6 - 32)	26	(10 - 37)	-14	(-12.9 - 2.07e-5)	0.06		19	(7 - 36)	28.5	(12.75 - 44.5)	-9.5	(-15 - -0.99)	0.035	
Number of hospitalisations	1	(0 - 1)	1	(0 - 2)	0	(-3.82e-5 - 1.55e-5)	0.51		1	(0 - 2)	1	(0 - 2)	0	(-2.4e-05 - 3.13e-05)	0.43	
Number of hospitalisations for heart failure	0	(0 - 1)	0	(0 - 1)	0	(-6.94e-5 - 1.25e-5)	0.03		0	(0 - 1)	0	(0 - 1)	0	(-7.06e-06 - 1.84e-05)	0.029	





Direzione Sanitaria Aziendale

AZIENDA USL 1 DI MASSA E CARRARA

PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO SCOMPENSO CARDIACO

CODICE	694DD003
REV 00 del	Pagina 1 di 8

PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO



Diagnosi e cura dello scompenso cardiaco

LINEA GUIDA
Consiglio Sanitario Regionale



Data di pubblicazione 2005
Data del primo aggiornamento 2007
Data del secondo aggiornamento 2012
Data del terzo aggiornamento 2017



Regione Lombardia

CONSENSUS SCOMPENSO CARDIACO

Percorsi diagnostico terapeutici condivisi per i medici di medicina generale ed ospedalieri in Friuli Venezia Giulia



PERCORSO DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO - ASSISTENZIALE (PDT) PER LA GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE - TERRITORIO DEL MALATO CON SCOMPENSO CARDIACO (SC) NELL'ASL DI BRESCIA

DECRETO N° 2886 Del 24/03/2010

Identificativo Atto n. 233

DIREZIONE GENERALE SANITA'

Oggetto: DETERMINAZIONI IN MERITO AI PERCORSI E CONTINUITA' ASSISTENZIALE NEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO DOPO EVENTO ACUTO.

ASSIST INFERM RIC 2014; 33: 67-73

Nicola Gennaro,¹ Stefania Maggi,² Michele Pellizzari,¹ Francesco Carlucci,¹ Alberto Pilotto,³ Mario Saugo¹

¹Sistema Epidemiologico Regionale

²CNR-Invecchiamento Sezione di Padova

³UO Geriatria ULSS 16 Padova

Per corrispondenza: Mario Saugo, mario.saugo@regione.veneto.it

Tempestività dell'attivazione delle cure domiciliari e riospedalizzazione a 30 giorni nei pazienti veneti ultra65enni dimessi per scompenso cardiaco in una situazione di disabilità alla dimissione



Azienda ULSS 20



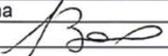
Scompenso cardiaco all'ospedale Fracastoroanni 2013-2014

- Progetto “riabilitazione cardiologica”
- Progetto “Renewing Health”
- Registro ESC “Euroobservational”
- Convegno scuola medica ospedaliera
- Audit infermieristico telefonico (n=100 pz)
- Counselling (educazione stili di vita, questionari,...)
- Ambulatorio dedicato (agende auto-gestite)
- Età “no-limits” per ricovero in cardiologia
- Impiego UTIC (filtrazione, intensività delle cure,...)
- Presa in carico dal PS (obiettivo 100% consulenza cardiologica)
- Potenziamento counseling
- Audit clinico telefonico
- Tele-trasmissione ECG con 20 case di riposo
- Formazione, anche extra-ospedaliera

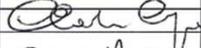
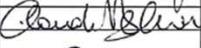
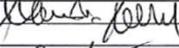
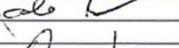
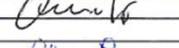
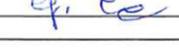
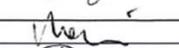
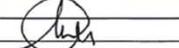
Allegato n. 1 Delibera n. 56 del 30/01/2015

 AZIENDA ULSS 20 di VERONA:	<p align="center">PDTA Percorso diagnostico terapeutico assistenziale</p> <p align="center">Rev. 04 del 05/11/2014</p>	 Accredited - Agréé
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**LA MEDICINA DI INIZIATIVA NELLO SCOMPENSO CARDIACO
 IN AZIENDA ULSS 20
 PRIMA FASE PROGETTUALE SU PAZIENTI DIMESSI DALL'OSPEDALE G. FRACASTORO
 E RESIDENTI NEL DISTRETTO 4**

Approvato il	Nome	Funzione	Firma
24/01/2015	Chiara Bovo	Direttore Sanitario	

Revisione 04 del 05/11/2014 Codice documento:

Redazione			Firma
Data	Funzione	Nome	
05/11/2014	Direttore UOC Cardiologia manselmi@ulss20.verona.it	Maurizio Anselmi	
	Direttore UOC Medicina claudio.capra@ulss20.verona.it	Claudio Capra	
	Direttore UOC Geriatria cbellamoli@ulss20.verona.it	Claudio Bellamoli	
	Staff Direzione Sanitaria mvnesoti@ulss20.verona.it	Maria Vittoria Nesoti	
	Direttore UOC Cure primarie piergioorgio.trevisan@ulss20.verona.it	Piorgioorgio Trevisan	
	MMG ULSS 20 ovjpsa@tin.it	Claudio Salvatore	
	MMG ULSS 20 pbrugnoli@ulss20.verona.it	Paolo Brugnoli	
	MMG ULSS 22 alessiomicchi@gmail.com	Alessio Micchi	
	Responsabile servizio professioni sanitarie giuseppina.capirossi@ulss20.verona.it	Capirossi Giuseppina	
Verifica			
Data	Funzione	Nome	
21/02/2015	Direttore UOC Dirigenza Medica pmontresor@ulss20.verona.it	Paolo Montresor	
	Direttore Distretto 4 roberto.borin@ulss.20.verona.it	Roberto Borin	
	Direttore Dipartimento Medico lamberto.ldrizzi@ulss.20.verona.it	Lamberto Oldrizzi	

Lista di distribuzione

Dirigenza Medica	
UO Fracastoro	

PDTA: medicina d'iniziativa nello scompenso nell'ULSS 20

- “Sperimentale” (distretto 4 – Fracastoro)
- Personale infermieristico dedicato
- Stratificazione del rischio di recidiva (strumenti di valutazione)
- Identificazione care-giver, ampio counselling pre-dimissivo
- FU “personalizzato” (ma modificabile)
- Tutte UUOO ospedale (medicina, cardiologia, geriatria)
- Contatto pre-dimissivo con MMG
- Cellulare, mail dedicata ambulatorio scompenso x MMG e paziente/care-giver
- Ambulatorio dello scompenso con agende riservate (spazi di accoglimento)
- HF team (medici, infermieri)
- Indicatori di esito e percorso

PDTA: il processo di “presa in carico”

- Identificazione “scompenso cardiaco” come DRG principale (cardiologia, medicina, geriatria)
- Identificazione “care-giver”
- Invio richiesta valutazione infermieristica “dedicata”
- Counseling con paziente e care-giver
- Colloquio con MMG (presa in carico condivisa)
- Consegna “patient card”
- Presa in carico ambulatorio dedicato allo scompenso
- Prenotazione controlli
- Visita domiciliare infermiere dedicato
- Scheda monitoraggio
- FU telefonico
- Controlli ambulatoriali



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

NUOVE MODALITA' DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI DEL DISTRETTO 4 DELL'ULSS 20
DIMESSI DAL FRACASTORO CON DIAGNOSI DI SCOMPENSO CARDIACO



Modulo di richiesta consulenza infermieristica pre-dimissione

Il presente modulo va inviato tramite fax al n° 8343 alcuni giorni prima della data di dimissione per scompenso in tutti i pazienti nei quali questa sia la diagnosi principale e in quelli con diagnosi secondaria se si ritiene abbiano indicazione alla presa in carico.

Dati anagrafici			
Cognome Nome		Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato/a il	Provenienza	Deambulabile	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Data dimissione prevista			
Diagnosi principale		Etichetta paziente	
Diagnosi secondaria			

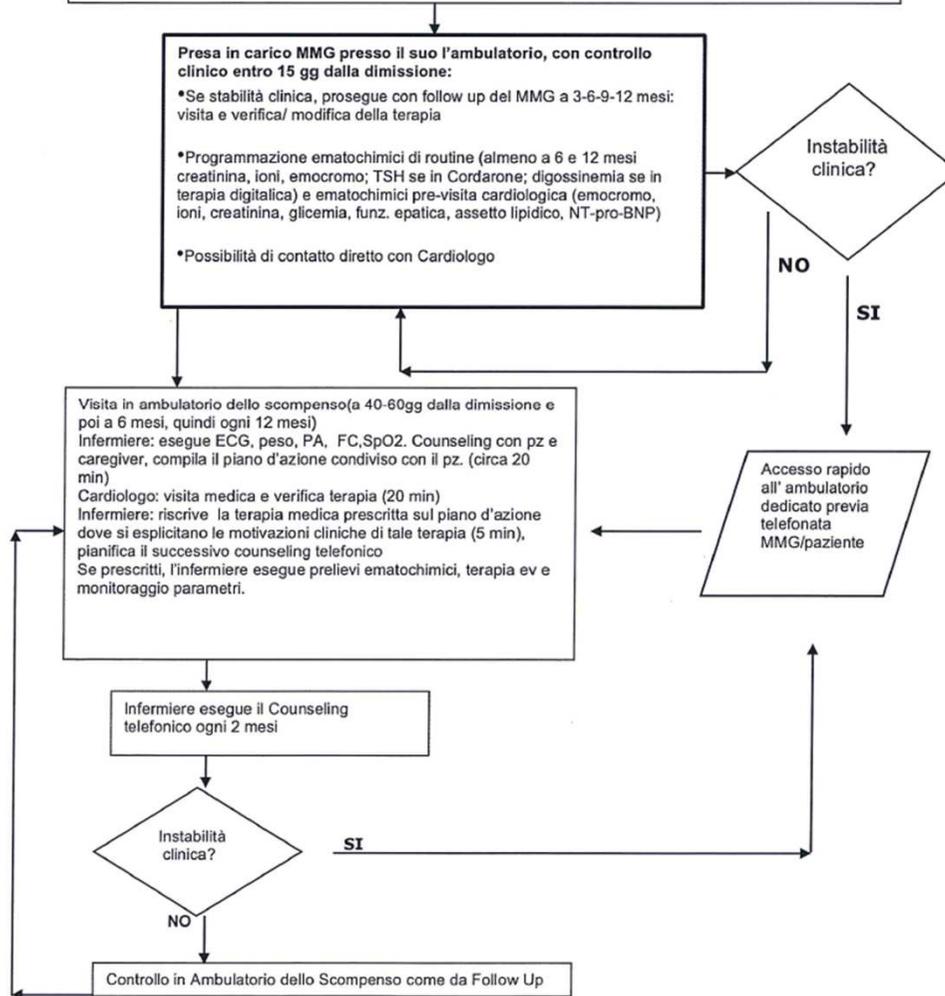
Variabili di competenza medica	Punteggio	Si	No
Persistenza di Classe NYHA >II alla dimissione	7		
LVEF ≤35%	7		
Segni di rilevante cardiopatia strutturale e/o disfunzione diastolica all'eco	3		
Età >80	5		
Fibrillazione atriale	3		
Valvulopatia severa	5		
Insufficienza renale cronica (GFR<30 ml/min)	7		
Diabete mellito	3		
Altre comorbidità rilevanti (neoplasia, demenza, sindrome depressiva....)	3		
Durata del presente ricovero >11 giorni	5		
Politerapia farmacologica (assunzione >6 farmaci)	5		
Riduzione di nt-proBNP <20% (tra ammissione e pre-dimissione)	3		
BPCO	3		
No B-bloccanti	3		
No ACE-i/ARB	3		
Almeno un ricovero per SC negli ultimi 6 mesi	5		
Totale (max 70)			
Variabili di competenza infermieristica	Punteggio	Si	No
Aderenza alla terapia	0-8		
Care-giver	0-12		
Brass Index: 0-10	2		
11- 19	5		
20- 40	10		
Totale (max 30)			
Totale score di rischio di recidiva			

PUNTEGGIO	FASCIA DI RISCHIO
≤ 30	Basso
31-60	Medio
>60	Alto

E' stato possibile contattare il MMG? Si No N° di telefono del caregiver _____
 Il medico (Nome Cognome) _____ Firma _____ Data ___/___/___

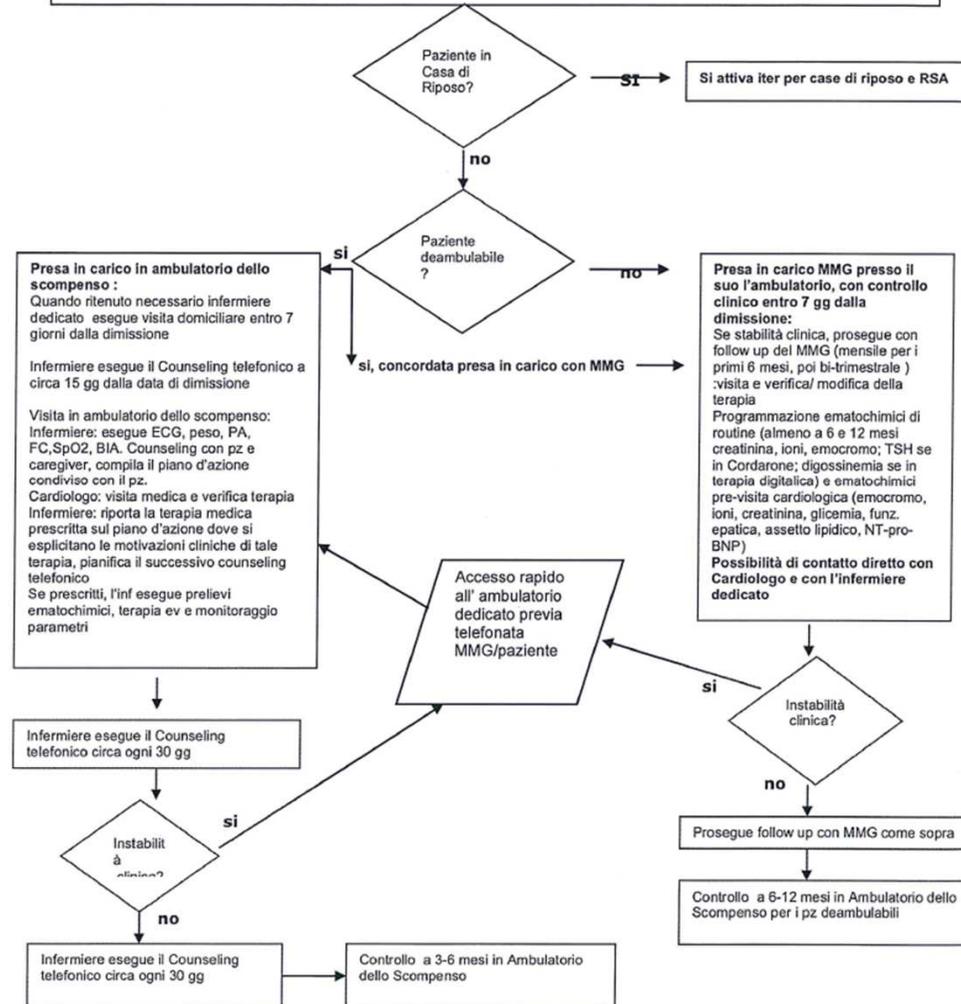
PAZIENTE A RISCHIO BASSO DI RECIDIVA DI SCOMPENSO CARDIACO

FASE PRE DIMISSIVA: l'infermiere dedicato in collaborazione con il medico di reparto somministra al pz l'algoritmo per rischio di recidiva, verifica la presenza di un caregiver del pz, lo contatta e fissa un appuntamento per il colloquio (counseling) Prima della data di dimissione ritorna dal pz ed esegue il Counseling sul pz e caregiver, con consegna di materiale informativo e scheda monitoraggio peso/diuresi, PA. L'inf dedicato crea un documento personale del pz con i suoi dati basali, via via da aggiornare. L'infermiere dedicato comunica data di visita di controllo a 40-60 gg in ambulatorio dello scompenso al medico di reparto, il quale la scrive in lettera di dimissione (nota medicina d'iniziativa). L'infermiere pianifica il counseling telefonico ogni due mesi e ne comunica la data al pz



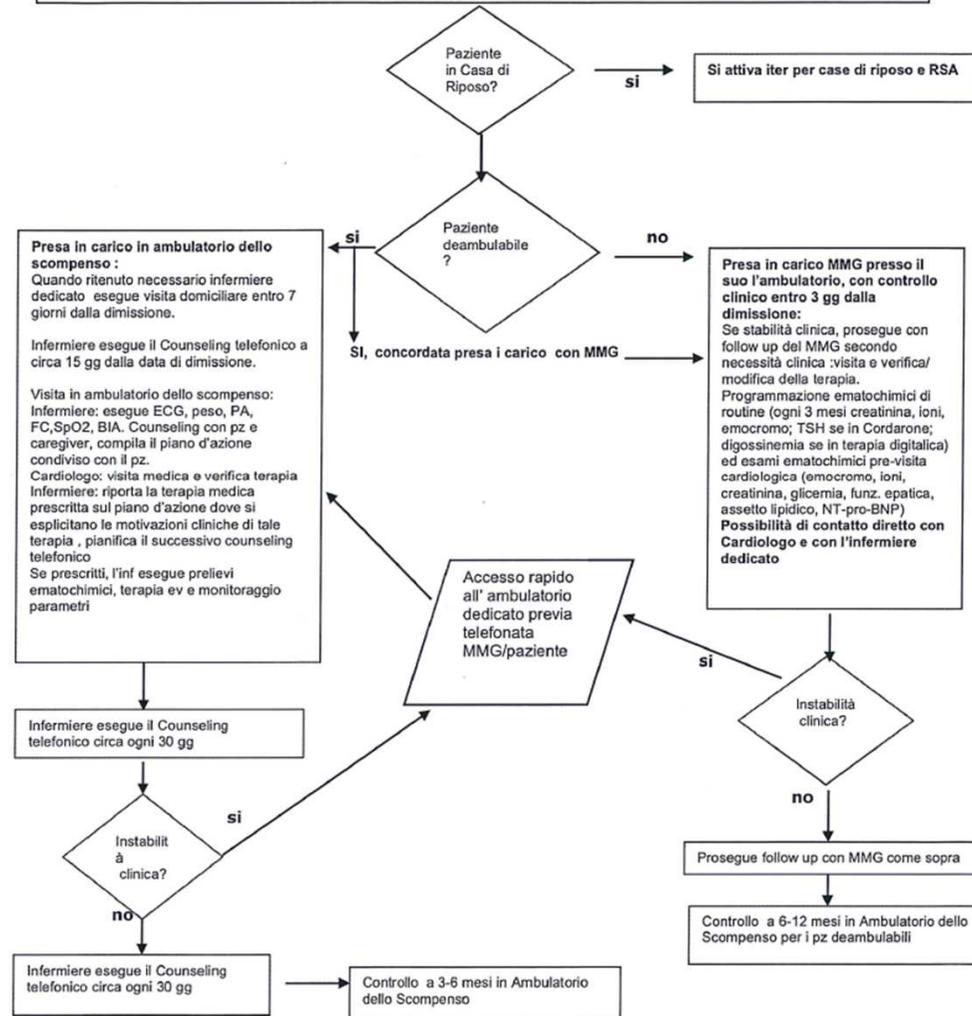
PAZIENTE A RISCHIO MEDIO DI RECIDIVA DI SCOMPENSO CARDIACO

FASE PRE DIMISSIVA: l'infermiere dedicato in collaborazione con il medico di reparto somministra al pz l'algorithm per rischio di recidiva, verifica la presenza di un caregiver del pz, lo contatta e fissa un appuntamento per il colloquio (counseling). Prima della data di dimissione ritorna dal pz ed esegue il Counseling sul pz e caregiver (60 min). l'inf dedicato crea un documento personale del pz con i suoi dati basali, via via da aggiornare. L'infermiere dedicato comunica data di visita di controllo a 30-40 gg in ambulatorio dello scompenso al medico di reparto, il quale la scrive in lettera di dimissione. L'infermiere pianifica il counseling telefonico a 15 giorni dalla dimissione e ne comunica la data al pz



PAZIENTE A RISCHIO ELEVATO DI RECIDIVA DI SCOMPENSO CARDIACO

FASE PRE DIMISSIVA: l'infermiere dedicato in collaborazione con il medico di reparto somministra al pz l'algorithm per rischio di recidiva (15 min), verifica la presenza di un caregiver del pz, lo contatta e fissa un appuntamento per il colloquio (counseling). Prima della data di dimissione ritorna dal pz ed esegue il Counseling sul pz e caregiver (60 min). L'inf dedicato crea un documento personale del pz con i suoi dati basali, via via da aggiornare. L'infermiere dedicato comunica data di visita di controllo entro 30 gg in ambulatorio dello scompenso al medico di reparto, il quale la scrive in lettera di dimissione. L'infermiere pianifica il counseling telefonico a 7 giorni dalla dimissione e ne comunica la data al pz



PDTA: la case di riposo (e/o le strutture “intermedie”)

- Elevata % di scompenso
- Tele-trasmissione ECG (rete)
- Progetto “ARCA” (cartella personalizzata)
- Percorso di formazione (“on-site”)
- Audit con MMG della casa di riposo
- Scheda di monitoraggio parametri

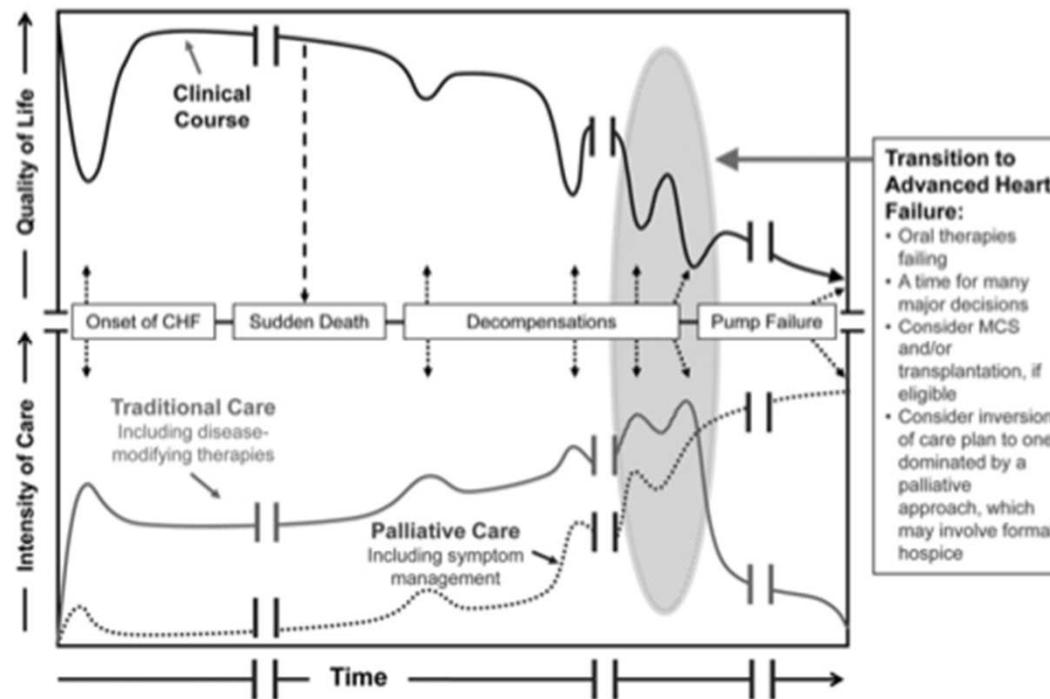
**Un aspetto “emergente”: le cure
palliative**

AHA Scientific Statement

Decision Making in Advanced Heart Failure

A Scientific Statement From the American Heart Association

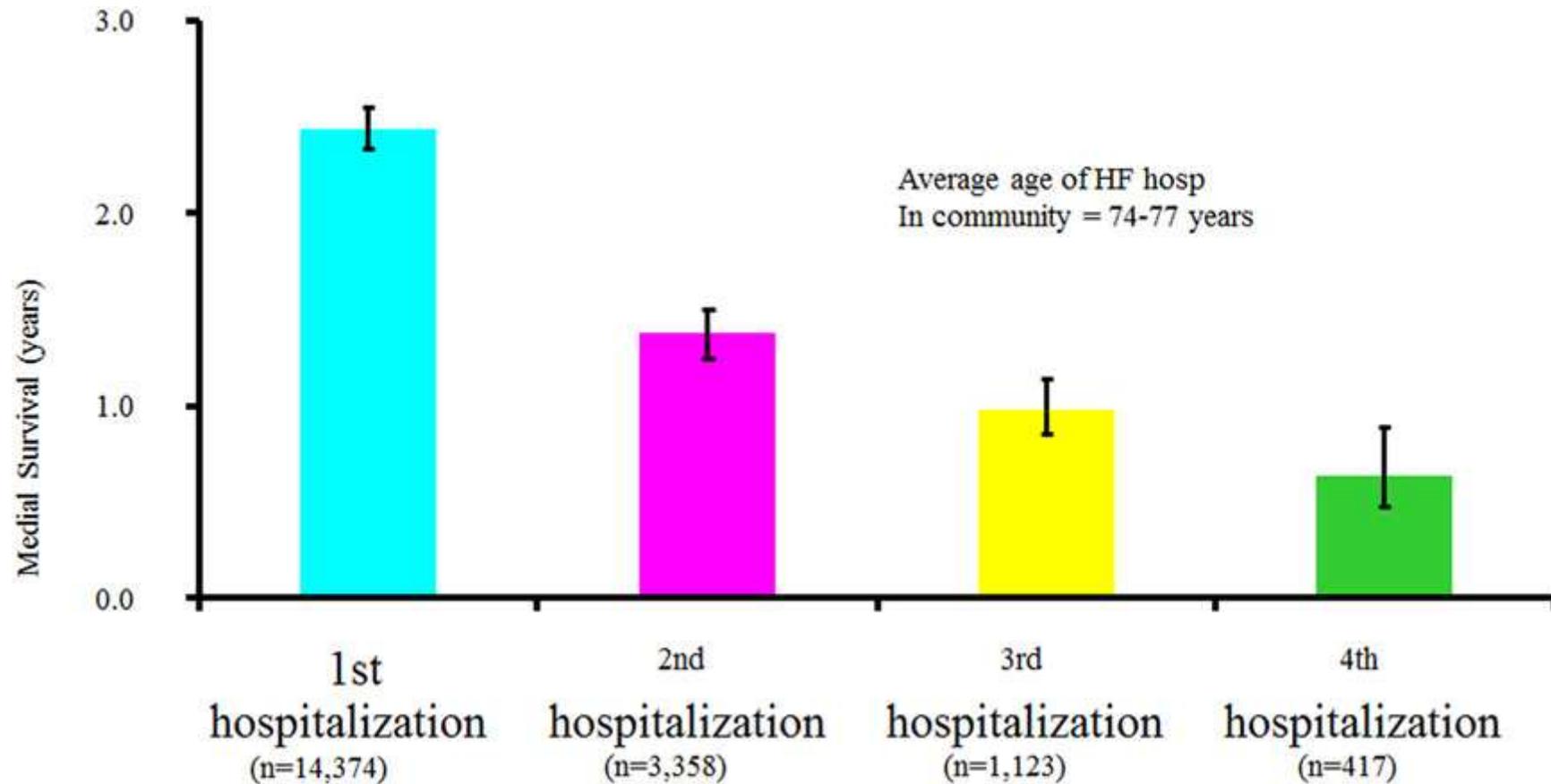
Endorsed by Heart Failure Society of America, American Association of Heart Failure Nurses, and Society for Medical Decision Making



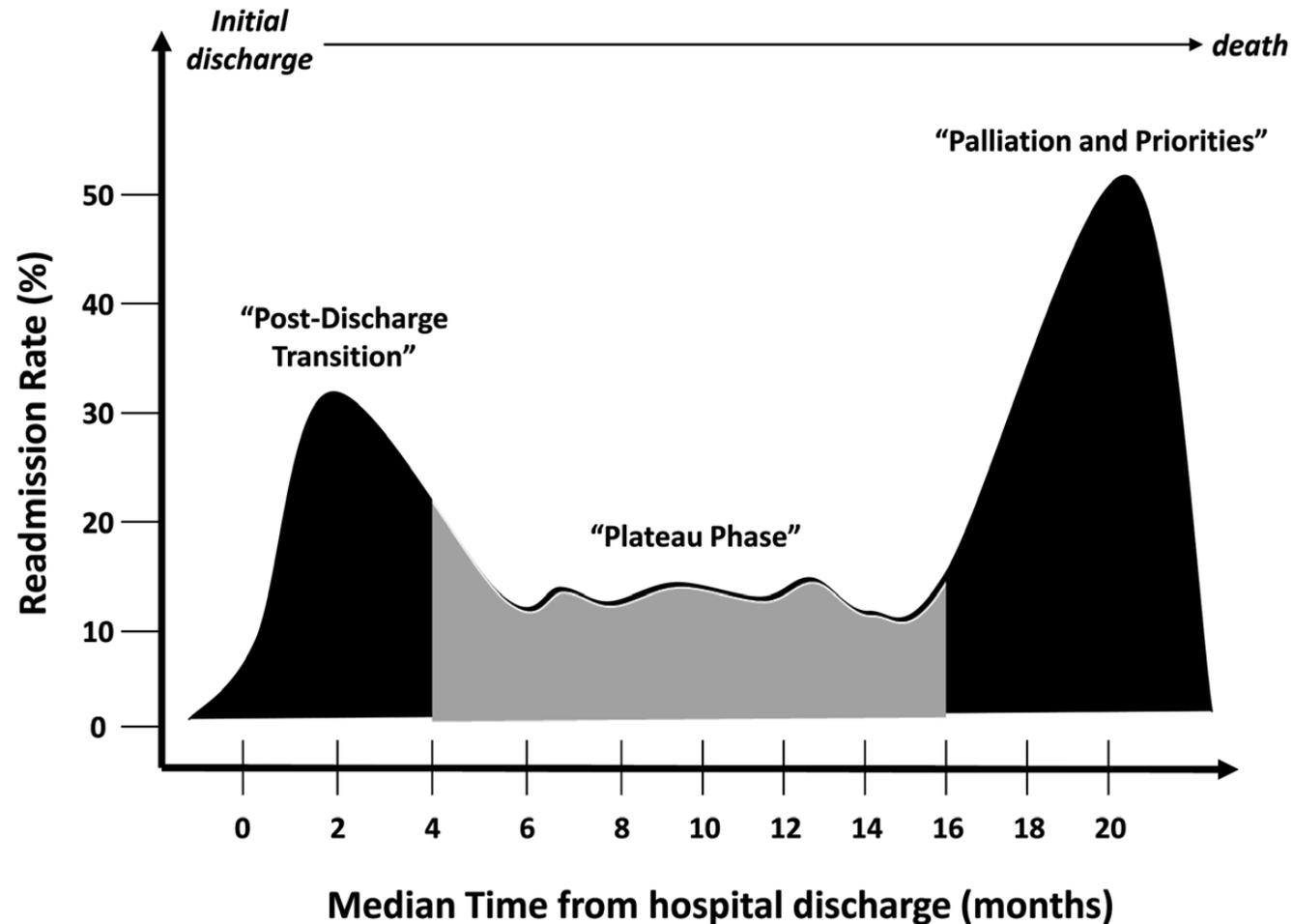
Predittori indipendenti di mortalità a 1 anno dopo scompenso acuto

	Hazard Ratio	95% Confidence Interval	P Value
Age (per 5-year increase)	1.20	1.14–1.27	<0.0001
SBP (per 10-mm Hg increase)	0.90	0.86–0.93	<0.0001
Somnolent, confused, and sedated	2.03	1.58–2.62	<0.0001
Sodium <136 vs ≥136, mEq/L	1.68	1.35–2.09	<0.0001
Creatinine >1.5 vs ≤1.5, mg/dL	1.67	1.31–2.12	<0.0001
BUN >50 vs ≤50, mg/dL	1.84	1.37–2.46	<0.0001
Hemoglobin <12 vs ≥12, g/dL	1.49	1.21–1.83	0.0002
APE vs NYHA III–IV	1.32	1.05–1.66	0.017
COPD	1.25	1.02–1.53	0.034

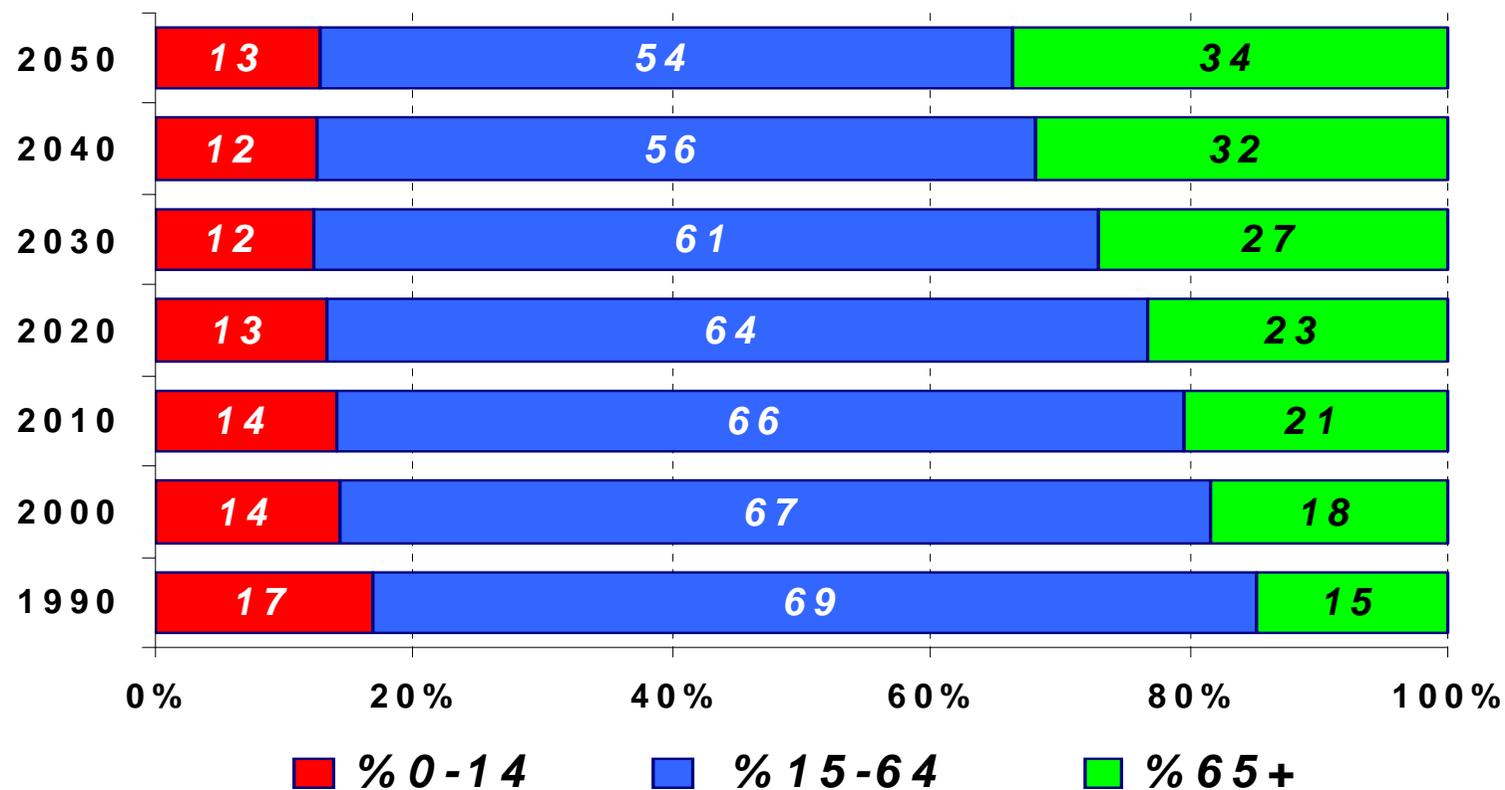
La prognosi peggiora dopo ogni ricovero



Le 3 fasi del periodo dopo ospedalizzazione per scompenso acuto



Il futuro



Fonte dati ISTAT: previsioni demografiche 2005 - 2050

Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology

End-of-life preferences of elderly patients with chronic heart failure

Hans-Peter Brunner-La Rocca^{1,2*}, Peter Rickenbacher³, Stefano Muzzarelli¹, Ruth Schindler¹, Micha T. Maeder⁴, Urs Jeker⁵, Wolfgang Kiowski⁶, Marcia E. Leventhal⁷, Otmar Pfister¹, Stefan Osswald¹, Matthias E. Pfisterer¹, and Hans Rickli⁴, for the TIME-CHF Investigators

¹Department of Cardiology, University Hospital Basel, Basel, Switzerland; ²Department of Cardiology, Maastricht University Medical Centre (MUMC), Cardiovascular Research Institute (CARIM), PO Box 5800, NL-6202 AZ Maastricht, The Netherlands; ³Department of Cardiology, University Hospital Bruderholz, Bruderholz, Switzerland; ⁴Department of Cardiology, Kantonsspital St Gallen, St Gallen, Switzerland; ⁵Department of Cardiology, Kantonsspital Lucerne, Lucerne, Switzerland; ⁶HerzGefässZentrum, Klinik Im Park, Zurich, Switzerland; and ⁷Department of Nursing, University Hospital Berne, Berne, Switzerland

Received 18 June 2011; revised 10 May 2011; accepted 10 October 2011; online publish-ahead-of-print 8 November 2011

See page 689 for the editorial comment on this article (doi:10.1093/eurheartj/ehr411)

Aims

Elderly heart failure (HF) patients are assumed to prefer improved quality of life over longevity, but sufficient data are lacking. Therefore, we assessed the willingness to trade survival time for quality-of-life (QoL) and the preferences for resuscitation.

Methods and results

At baseline and after 12 and 18 months, 622 HF patients aged ≥ 60 years (77 ± 8 years, 74% NYHA-class \geq III) participating in the Trial of Intensified vs. standard Medical therapy in Elderly patients with Congestive Heart Failure had prospective evaluation of end-of-life preferences by answering trade-off questions (willingness to accept a shorter life span in return for living without symptoms) and preferences for resuscitation if necessary. The time trade-off question was answered by 555 patients (89%), 74% of whom were not willing to trade survival time for improved QoL. This proportion increased over time (Month 12: 85%, Month 18: 87%, $P < 0.001$). In multivariable analysis, willingness to trade survival time increased with age, female sex, a reduced Duke Activity Status Index, Geriatric Depression Score, and history of gout, exercise intolerance, constipation and oedema, but even combining these variables did not result in reliable prediction. Of 603 (97%) patients expressing their resuscitation preference, 51% wished resuscitation, 39% did not, and 10% were undecided, with little changes over time. In 430 patients resuscitation orders were known; they differed from patients' preferences 32% of the time. End-of-life preferences were not correlated to 18-month outcome.

Conclusion

Elderly HF patients are willing to address their end-of-life preferences. The majority prefers longevity over QoL and half wished resuscitation if necessary. Prediction of individual preferences was inaccurate. Trial Registration: isrctn.org Identifier: ISRCTN43596477

Keywords

Heart failure • Survival • Ageing • End-of-life preferences • Quality of life



GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

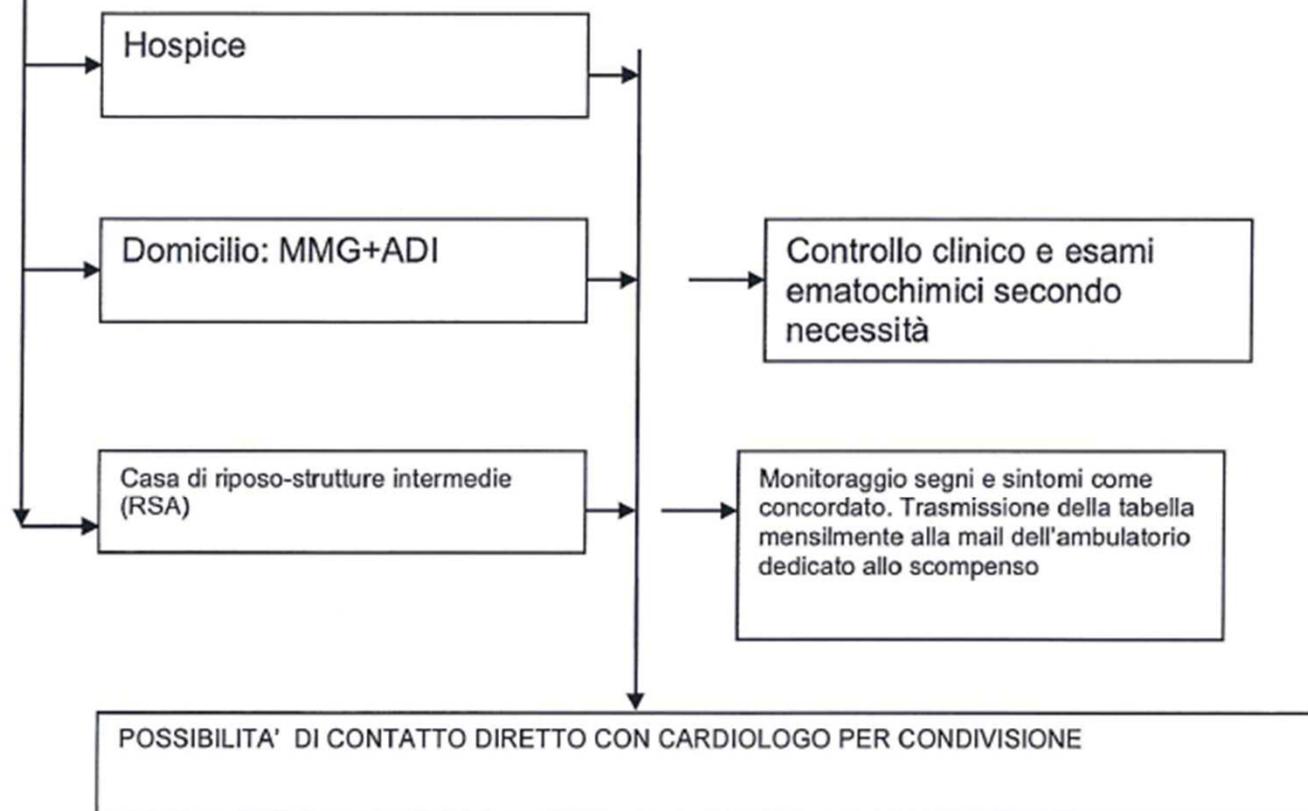
Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)

PAZIENTE FRAGILE, CON SCOMPENSO AVANZATO O TERMINALE

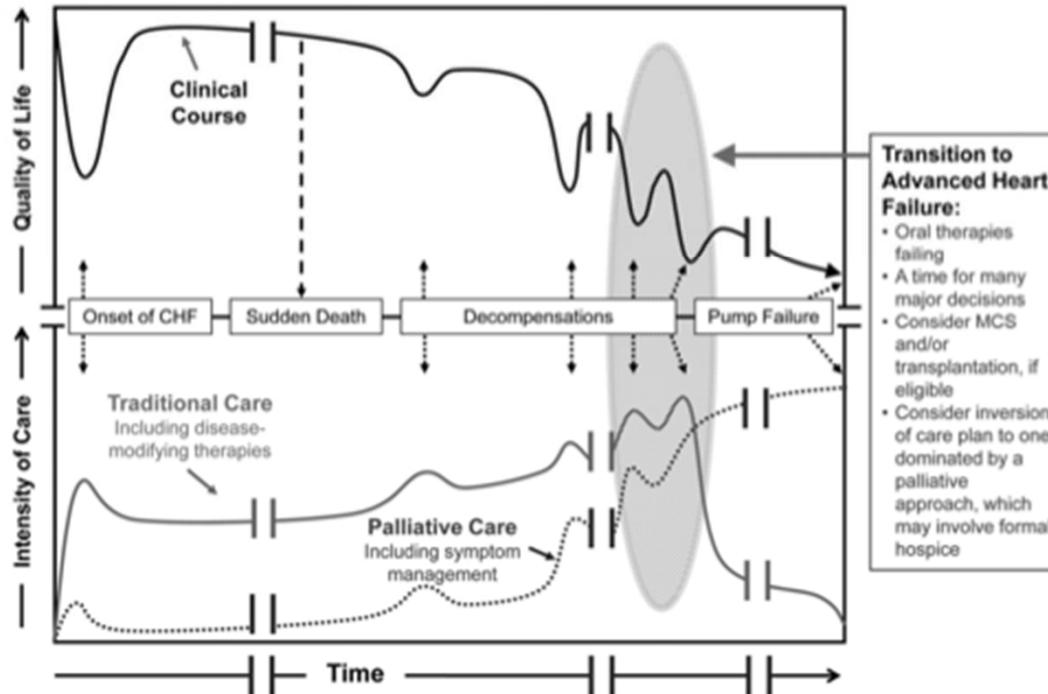
FASE PRE DIMISSIVA: l'infermiere dedicato in collaborazione con il medico di reparto somministra al pz l'**algoritmo per rischio di recidiva** (15 min), verifica la presenza di un caregiver del pz, lo contatta e fissa un appuntamento per il colloquio (counseling) (10 min) Prima della data di dimissione ritorna dal pz ed esegue il **Counseling** sul pz e caregiver (60 min). Se il paziente va in struttura protetta, il medico di reparto comunica al referente dell'ente l'arrivo del paziente e la sua situazione clinico-assistenziale, se va a domicilio dovrà essere contattato MMG. Si può prevedere la possibilità di attivazione del nucleo cure palliative del distretto



CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO: IL METODO



- Condividere tra i professionisti dei diversi livelli di cura i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie croniche (PDTA)
- Non considerare ospedale e “territorio” come due realtà a sé stanti, ma che devono continuamente collaborare.



Ospedale Fracastoro - San Bonifacio - Verona



Grazie per l'attenzione



REGIONE DEL VENETO

Seminario di formazione
Padova, 7 febbraio 2015

Il paziente affetto da scompenso cardiaco nel territorio

Maurizio Cancian - MMG



PROGETTO DI RICERCA SANITARIA FINALIZZATA N. 260/06

**SCUOLA
VENETA
DI
MEDICINA
GENERALE**



**SOCIETÀ
ITALIANA
DI
MEDICINA
GENERALE**

R.E.V.A.N. Regione Veneto Audit Net

Esperienza di Audit Clinico in Medicina Generale sulla assistenza ai pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco.

OTTOBRE 2007 – DICEMBRE 2008



Il ciclo dell' AUDIT

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG

Scelgo un
Aspetto
dell' assistenza

Misuro

Misuro
nuovamente
quello
che ho fatto

Identifico
cosa dovrei fare

Identifico un livello
accettabile di
performance:
quanto dovrei fare

Correggo
gli scosta-
menti
**dove
posso farlo**

Identifico gli
scostamenti
tra quello che
faccio e quello
che dovrei fare

Misuro
quello che
faccio di solito

Agisco



La metodologia dell' audit è un collage di competenze diverse

Primo Step: come trovare le evidenze

Secondo Step: critical appraisal delle evidenze

Terzo Step: costruzione di criteri, indicatori e standard

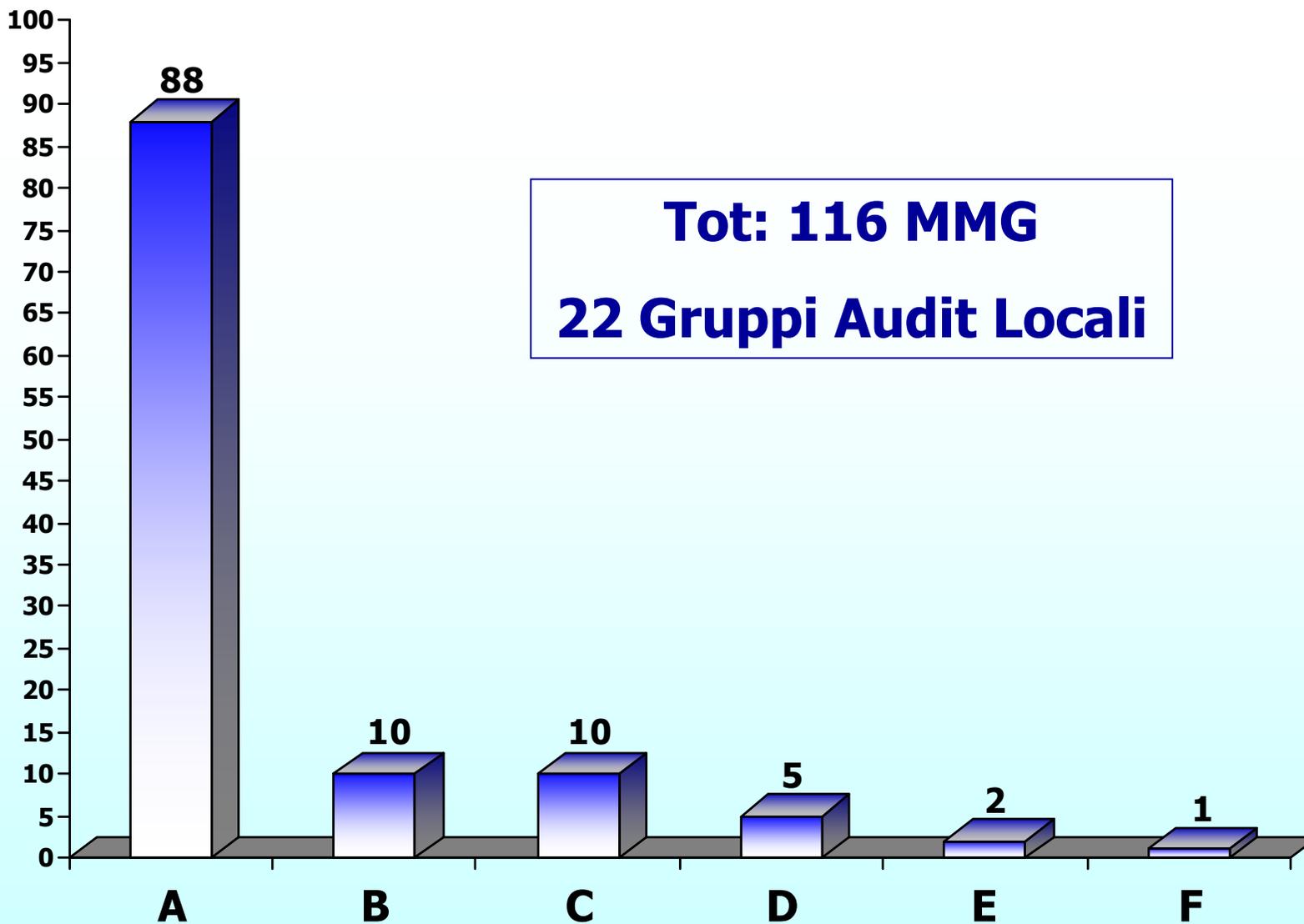
Quarto Step: come cercare in un database

Quinto Step: identificazione delle barriere

Sesto Step: programmazione di interventi per la qualità



RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG



Tot: 116 MMG
22 Gruppi Audit Locali

A - MILLEWIN
B - IATROS

C - MEDICO 2000
D - EUMED

E - PROFIM 2000
F - SIMEBA

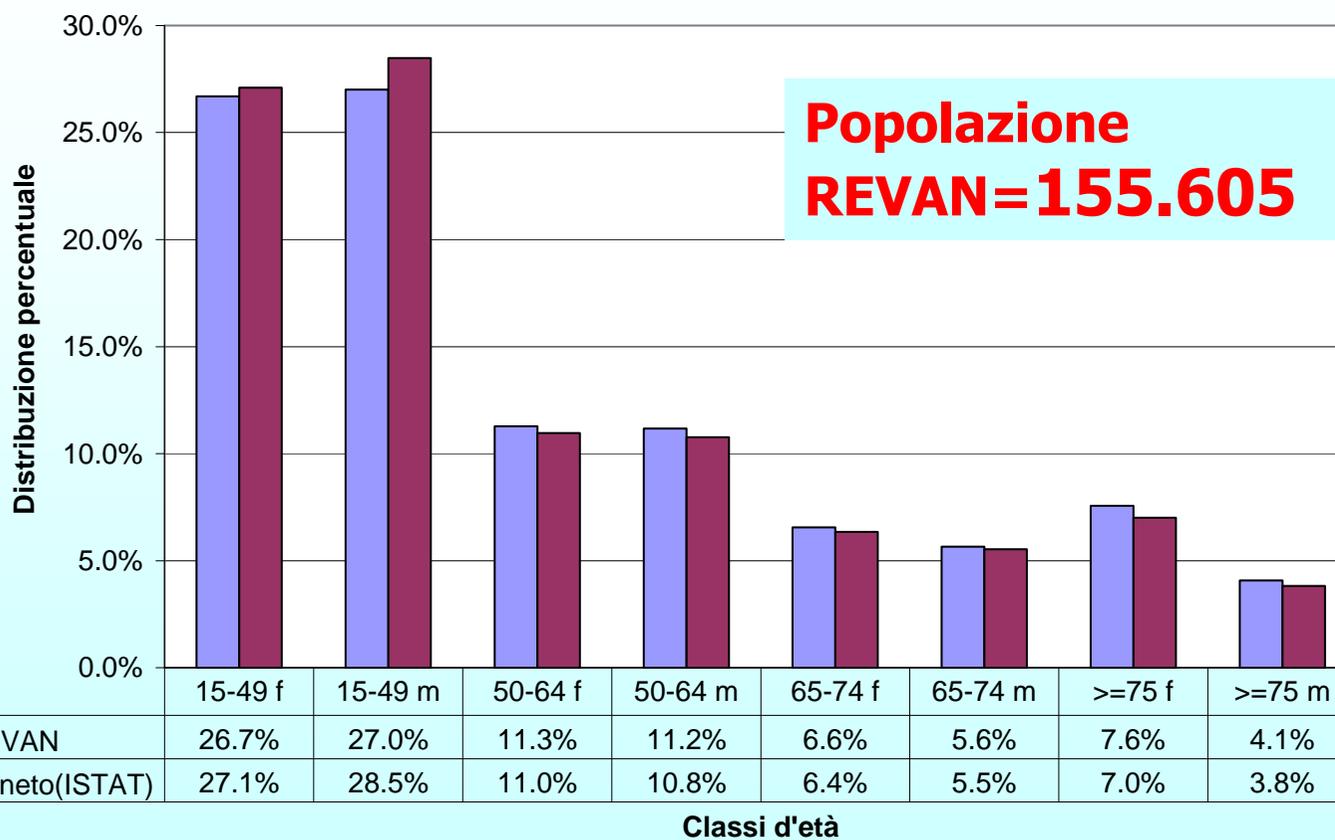


Quante e quali
persone ?



POPOLAZIONE REVAN

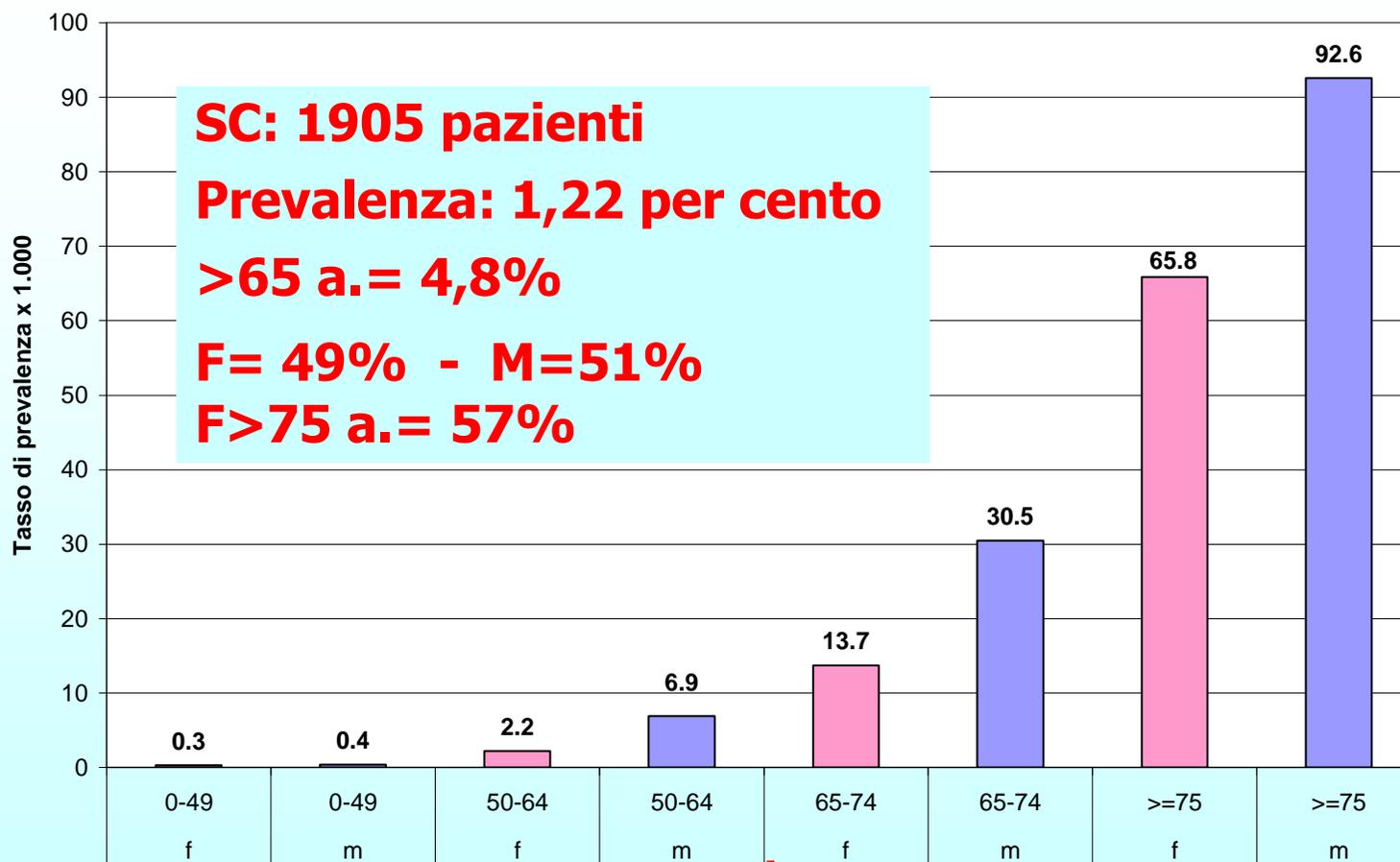
Confronto popolazione >14 anni ReVAN vs. popolazione Veneto ISTAT





Prevalenza dello scompenso cardiaco, per sesso ed età

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG



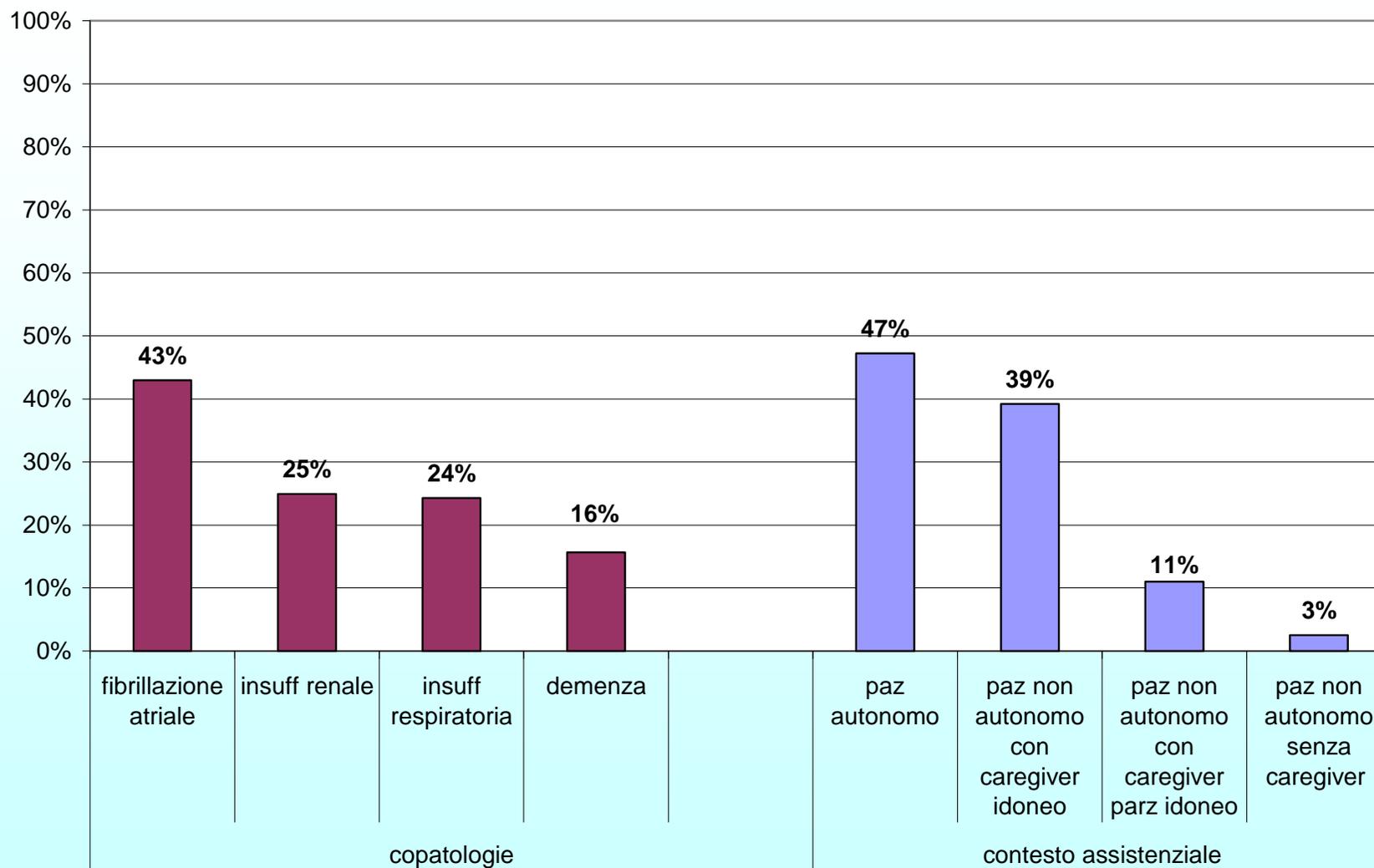
SC: 1905 pazienti
Prevalenza: 1,22 per cento
>65 a.= 4,8%
F= 49% - M=51%
F>75 a.= 57%

90%



Copatologia e contesto assistenziale delle persone con scompenso cardiaco

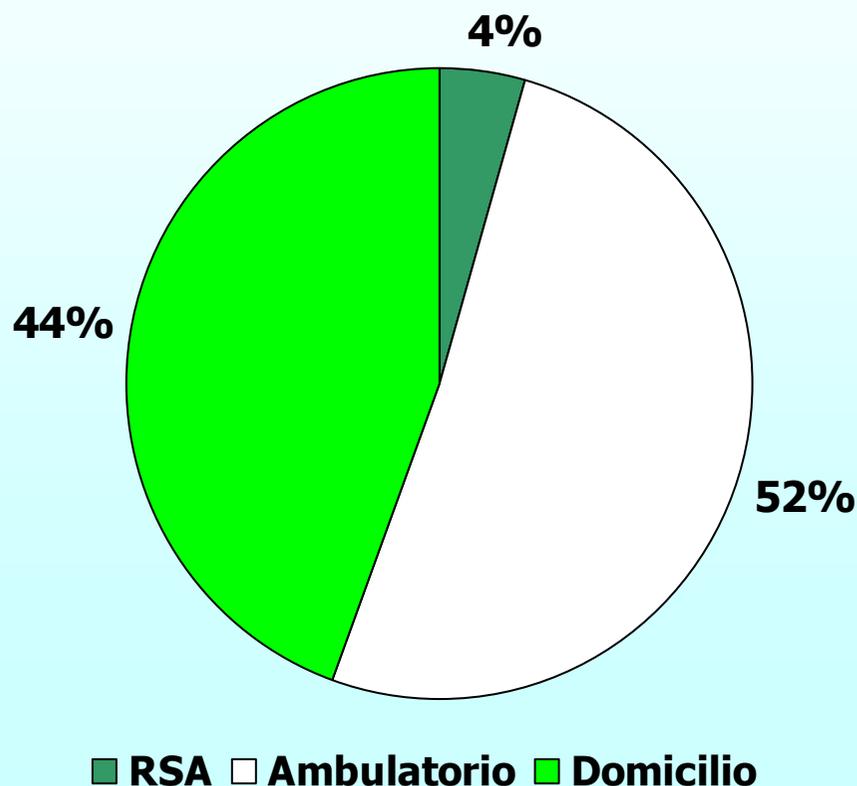
RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG





Setting assistenziale prevalente

setting_prevalente	Freq.	Percent	Cum.
RSA	85	4.46	4.46
ambulatorio	973	51.08	55.54
domicilio	847	44.46	100.00
Total	1,905	100.00	



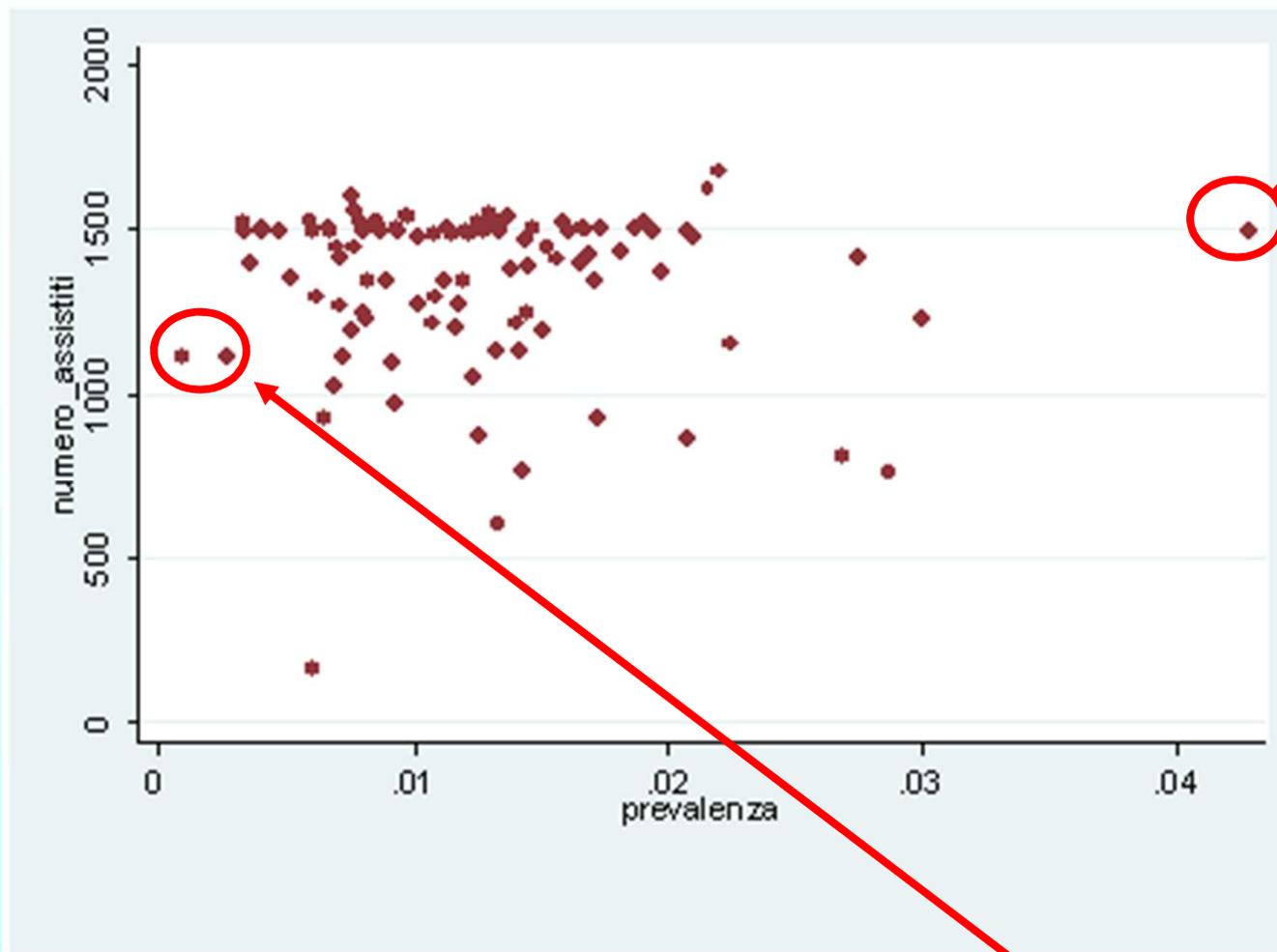
12 pazienti/1000 assistiti
5 seguiti domicilio



DIAGNOSI

Esiste una notevole variabilità tra i 114 MMG nei dati di prevalenza (media 12,2 ds 6.3)

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG



**Valore massimo:
42 per 1000**



Valore minimo 0.8 per mille

Esiste una notevole variabilità tra i vari Gruppi di Audit Locale nei dati di prevalenza

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG

GAL Ulss	n. scompensati	n. assistiti	Prev. (x 1000)
1	78	7.150	10,91
2	143	8.318	17,19
4	90	7.265	12,39
5	106	8.010	13,23
6	100	8.150	12,27
7	111	7.963	13,94
8	56	7.152	7,83
9	142	9.037	15,71
10	121	8.964	13,50
12	79	7.361	10,73
13	104	8.824	11,79
14	96	7.565	12,69
15	44	7.415	5,93
16	136	8.328	16,33
17	96	6.850	14,01
18	60	7.106	8,44
19	77	6.352	12,12
20	99	7.510	13,18
21	103	8.585	12,00
22	64	7.712	8,30
Totale	1.905	155.617	12,24



**Valore massimo:
17.19 per 1000**



Valore minimo: 5.93 per mille



Non è stata dimostrata una associazione statistica tra prevalenza di anziani* e prevalenza di scompenso

(n. strato di età) / (n. totale assistibili)
*estrapolazione di statistiche regionali

(n.scompensati pr GAL)/(n.assistiti per GAL)

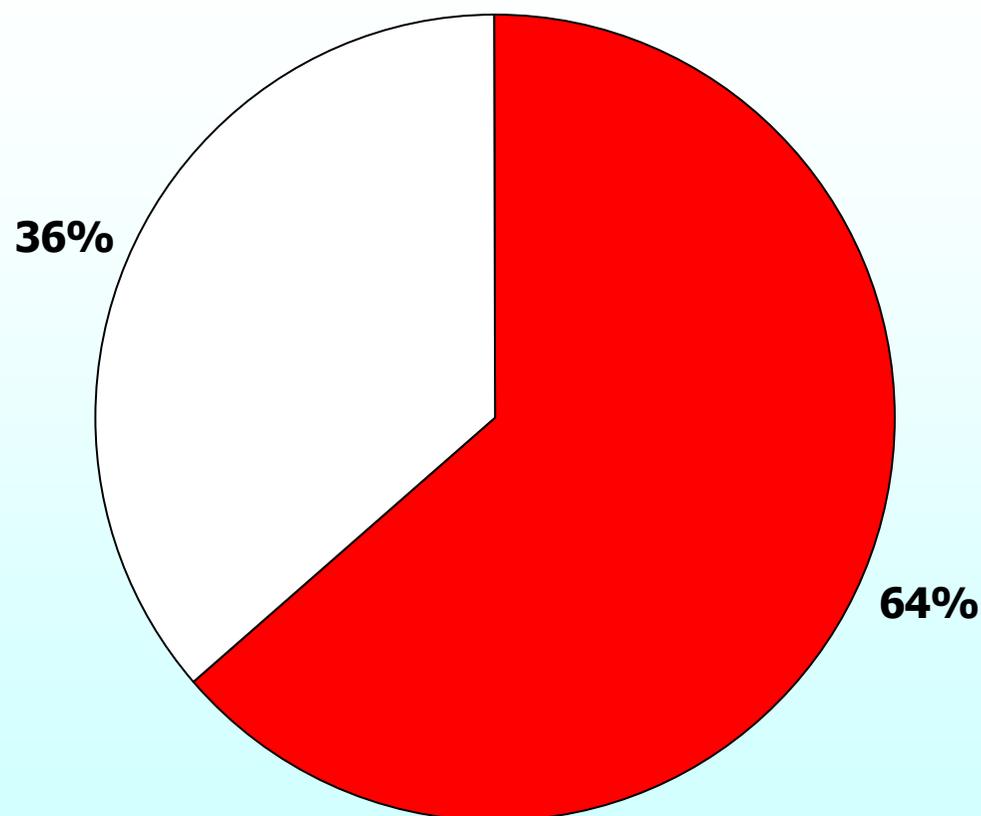
Gal ULSS	<50		50-64		65-74		>75		Da 65 in su	
	totale	scomp.	totale	scomp.	totale	scomp.	totale	scomp.	totale	scomp.
1	53,71%	0,03%	22,08%	0,03%	22,08%	0,03%	11,89%	0,31%	24,2%	1,04
2	55,33%	0,05%	21,37%	0,20%	21,37%	0,20%	11,73%	0,40%	23,3%	1,47
4	53,90%	0,00%	20,27%	0,08%	20,27%	0,08%	13,47%	0,23%	25,8%	1,15
5	57,24%	0,02%	21,21%	0,14%	21,21%	0,14%	11,51%	0,47%	21,5%	1,16
6	57,22%	0,00%	20,14%	0,05%	20,14%	0,05%	11,35%	0,36%	22,6%	1,18
7	54,21%	0,03%	20,54%	0,10%	20,54%	0,10%	11,40%	0,29%	25,2%	1,27
8	55,07%	0,00%	21,93%	0,07%	21,93%	0,07%	11,39%	0,15%	23,0%	0,71
9	56,85%	0,02%	23,60%	0,12%	23,60%	0,12%	10,69%	0,41%	19,5%	1,43
10	56,54%	0,02%	21,25%	0,11%	21,25%	0,11%	11,44%	0,38%	22,2%	1,22
12	45,49%	0,08%	21,26%	0,10%	21,26%	0,10%	15,07%	0,27%	33,2%	0,89
13	57,38%	0,02%	24,23%	0,09%	24,23%	0,09%	10,00%	0,26%	18,4%	1,06
14	55,98%	0,00%	21,00%	0,09%	21,00%	0,09%	13,41%	0,33%	23,0%	1,18
15	57,86%	0,00%	21,49%	0,08%	21,49%	0,08%	10,26%	0,15%	20,6%	0,51
16	54,31%	0,01%	20,48%	0,11%	20,48%	0,11%	12,11%	0,25%	25,2%	1,51
17	55,58%	0,06%	22,79%	0,09%	22,79%	0,09%	10,74%	0,29%	21,6%	1,25
18	48,82%	0,01%	23,71%	0,13%	23,71%	0,13%	12,09%	0,14%	27,4%	0,70
19	49,34%	0,03%	21,92%	0,06%	21,92%	0,06%	13,77%	0,17%	28,7%	1,11
20	52,60%	0,00%	22,28%	0,11%	22,28%	0,11%	12,18%	0,25%	25,1%	1,21
21	48,93%	0,00%	23,44%	0,10%	23,44%	0,10%	13,69%	0,40%	27,6%	1,10
22	58,32%	0,00%	21,52%	0,10%	21,52%	0,10%	11,16%	0,22%	20,1%	0,73

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG



I pazienti REVAN sono stati individuati con 2 diversi metodi:

- 1. mediante estrazione automatica**
- 2. Retrospectivamente, dal ricercatore, in una lista di sospetti**



■ Da "problema codificato"
□ Da lista "sospetti"



Diversi i criteri utilizzati per la diagnosi ?

Ipotesi A

La disomogeneità di prevalenza è dovuta a:

- Normale variabilità da 1 Mmg ad un altro (case mix)
- I Mmg partecipanti a ReVAN non sono stati scelti casualmente, ciò potrebbe aver introdotto dei meccanismi di selezione
- Le popolazioni di assistiti sono state desunte dai dati regionali, che potrebbero non essere perfettamente aggiornati

Ipotesi B

La disomogeneità di prevalenza è dovuta a:

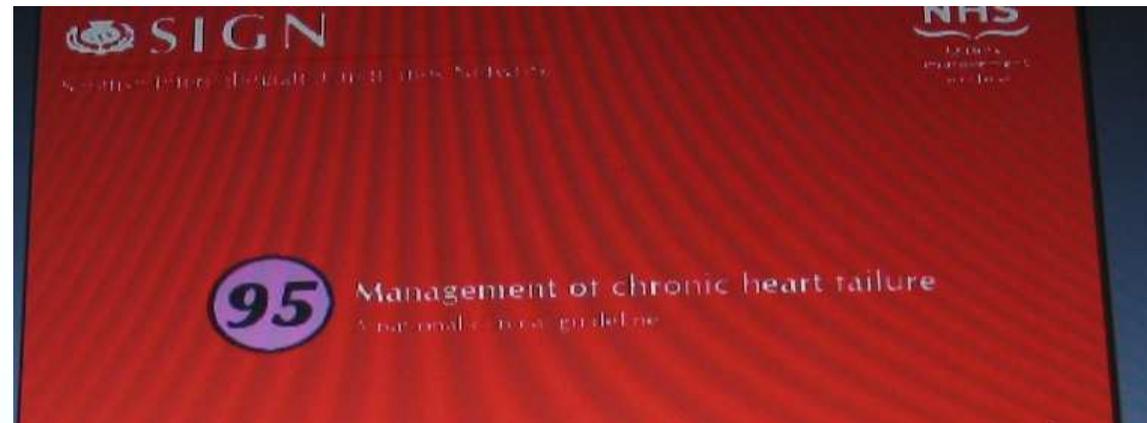
Utilizzo di diversi criteri diagnostici. Ciò può essere sostenuto in base alle seguenti considerazioni:

1. La diagnosi di SCC non è semplice, trattandosi di una sindrome, e non esistendo un singolo test diagnostico con cut off sì/no
2. Gli assistiti con SCC hanno età > 65 aa. nel 90% dei casi, ma nei GAL non vi è relazione tra percentuale di over 65 anni e prevalenza dello SCC
3. I pazienti con SCC sono stati individuati con 2 diverse procedure, in modo retrospettivo, il che può aver facilitato l'adozione di diversi criteri diagnostici
4. Nel corso del seminario con i facilitatori dei Gal è emerso che nella pratica clinica vengono adottati diversi criteri diagnostici, non sempre coerenti con le LG più autorevoli



I criteri diagnostici

Per le ragioni sin qui esposte un percorso di miglioramento relativamente all' appropriatezza della diagnosi di SCC in medicina generale deve considerare prioritaria la condivisione dei criteri diagnostici utilizzati nella pratica clinica.



WHAT IS CHRONIC HEART FAILURE?

Chronic heart failure (CHF) is a complex clinical syndrome that can result from any structural or functional cardiac or non-cardiac disorder that impairs the ability of the heart to respond to physiological demands for increased cardiac output. Chronic heart failure is characterised by symptoms such as exertional breathlessness and fatigue, and signs of fluid retention, as well as signs associated with the underlying cardiac disorder.





Algoritmo Diagnostico per i pazienti con sospetto SCC

Management of Chronic Heart Failure, 95 SIGN, Feb 2007.

Sintomi o segni suggestivi per SCC

Valutazione Clinica

(emocromo, glicemia, azotemia, elettroliti, esame urine, funzione tiroidea, rx torace.)

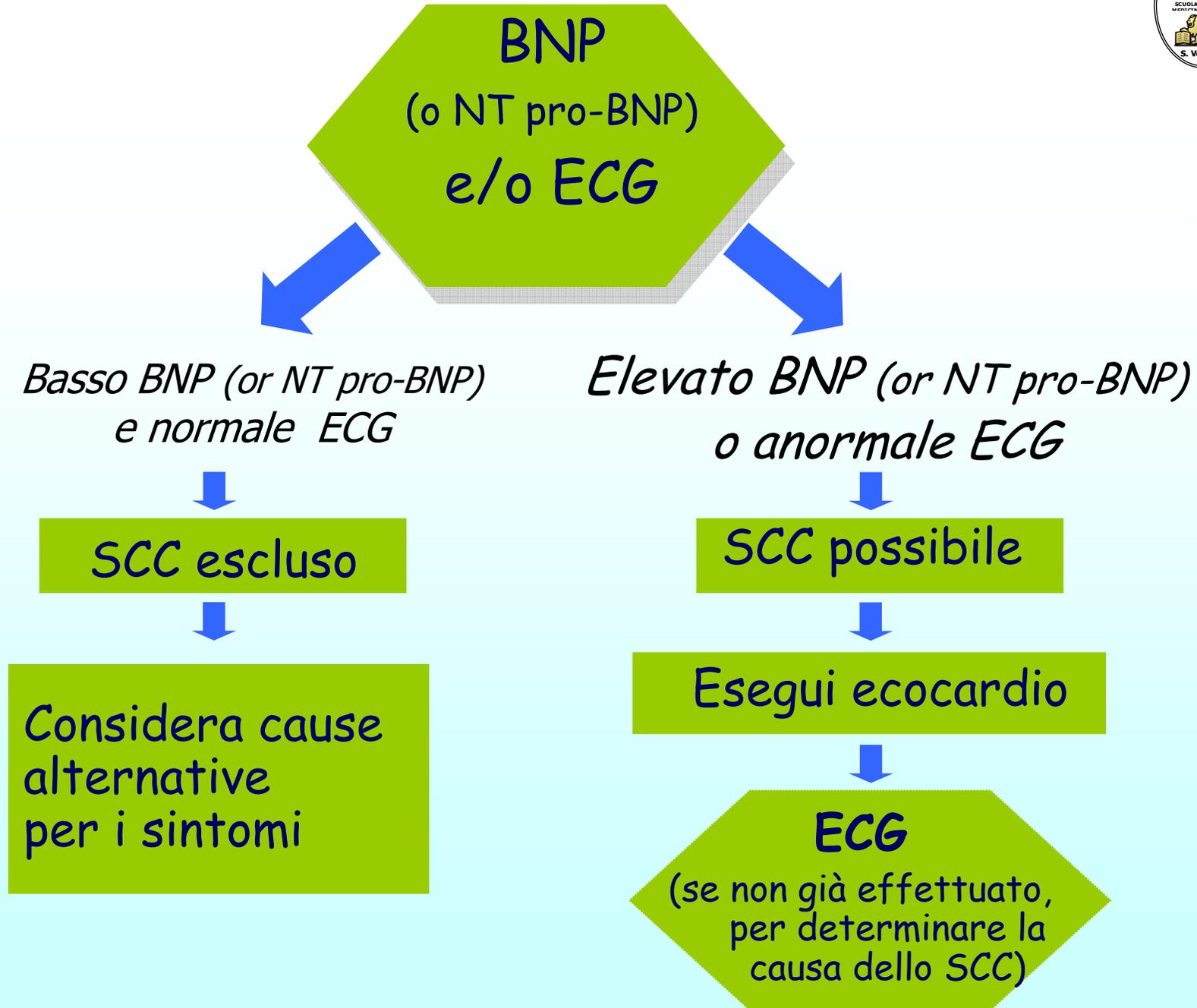
BNP

(o NT pro-BNP)

e /o ECG



RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG



Da Consensus Conference Italiana 2005

“Il percorso assistenziale del paziente con Scompenso Cardiaco”

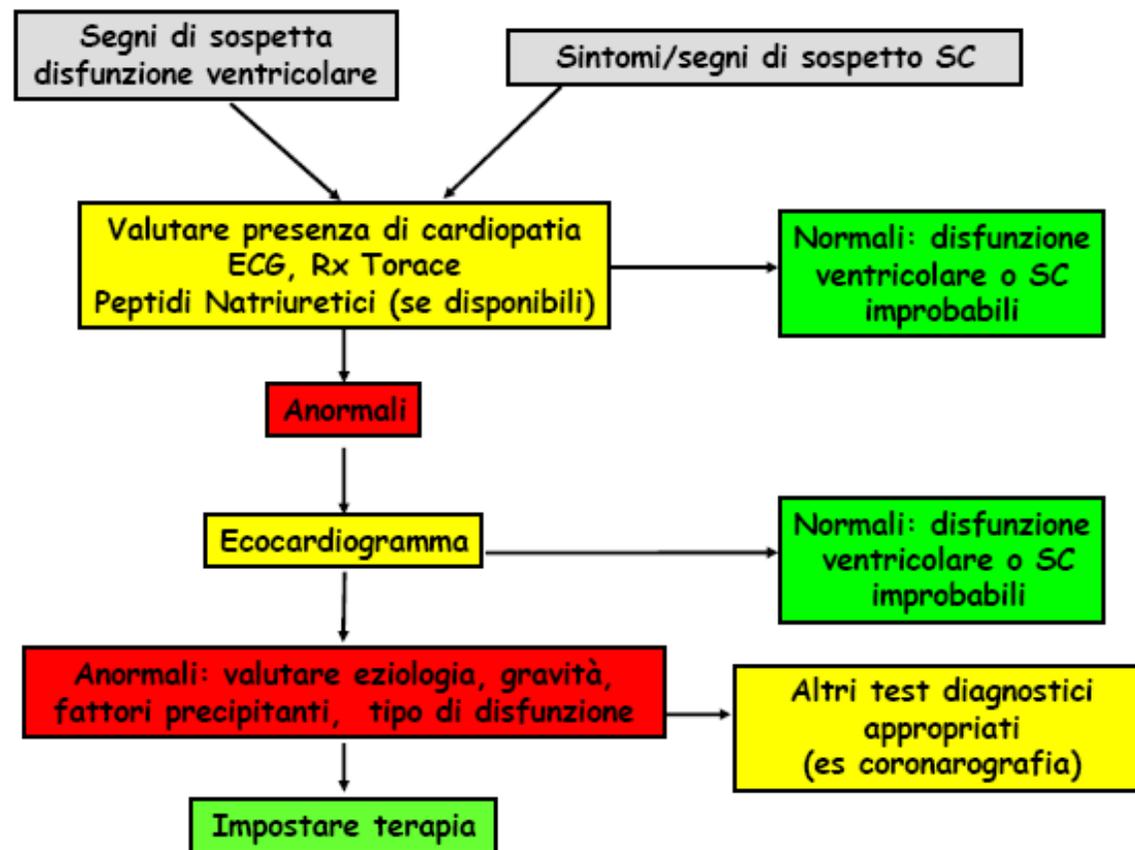


Fig.15 Diagramma di flusso per la diagnosi di SC



Management of Chronic Heart Failure, 95 SIGN, Feb. 2007

SINTOMI	Sensibilità%	Specificità%
Dispnea	66	52
Ortopnea	21	81
Dispnea parossistica notturna	33	76
Edemi anamnestici	23	80



Management of Chronic Heart Failure, 95 SIGN , Feb. 2007

SEGNI	Sensibilità%	Specificità%
Pressione ven. giug. aumentata	10	97
3° tono cardiaco	31	95
Edemi periferici	10	93
Tachicardia	7	99
Crepitii polmonari	13	91



Management of Chronic Heart Failure, 95 SIGN , Feb. 2007

RX TORACE

Ridistribuzione venosa -> aumento preload

- Sensibilità: 65%
- Specificità: 67%

Cardiomegalia -> FE

- Sensibilità: 51%
- Specificità: 79%



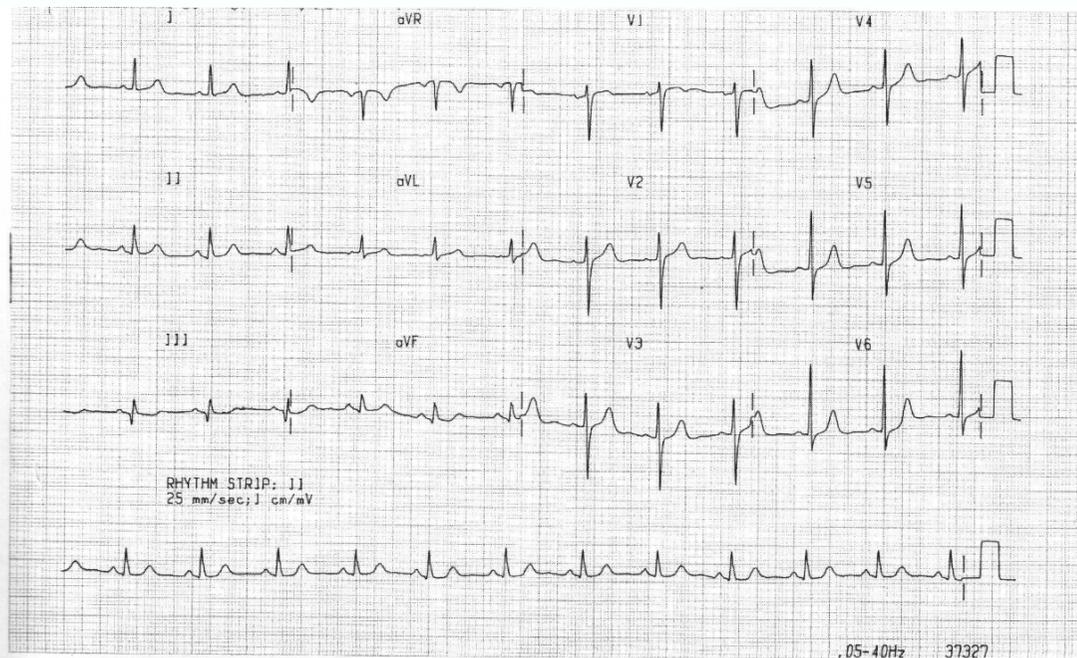
Management of Chronic Heart Failure, 95 SIGN , Feb. 2007

- La specificità di un ecg anormale è relativamente scarsa: 60% al massimo

(Craig J et al. NHS Quality Improvement Scotland; 2005)



“ Un ECG normale suggerisce che la diagnosi di SC dovrebbe essere rivalutata ” ESC Guidelines for CHF



Reperti più frequenti:

- FA
- Necrosi miocardica
- IVS
- Blocco di branca sin

Davie AP, et al. Br. Med. J. 1996

Specificity: 269/438: 61%

Positive predictive value: 90/259 = 35%

Negative predictive value: 269/275 = 98%



ESAMI DI LABORATORIO NELLO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO E CRONICO

Esami tradizionali di cui è raccomandata l'esecuzione routinaria

Forza della Raccomandazione A

Esame emocromocitometrico

Creatininemia

Elettroliti plasmatici

Ormoni tiroidei

Albuminemia

In pazienti con sintomatologia ovvia ed evocativa in modo chiaro di scompenso cardiaco non è necessario il dosaggio del BNP e NT-proBNP (Liv III, Forza A).

Il BNP e NT-proBNP hanno un alto valore predittivo negativo dimostrato e sono pertanto utili nell'escludere la presenza di insufficienza cardiaca ("rule out"). Possono essere utili come test iniziali prima dell'esecuzione di ulteriori procedure diagnostiche quali l'ecocardiografia anche in pazienti ambulatoriali non ospedalizzati (Liv III, Forza A).



Diagnostica clinica di laboratorio:

Rischio cardiovascolare
Sindromi coronariche
Scompenso cardiaco

Linee guida nazionali di riferimento 2005

**ESAMI DI LABORATORIO NELLO
SCOMPENSO CARDIACO ACUTO E CRONICO**
Peptidi natriuretici (BNP, NT-pro-BNP):
condizioni in cui è raccomandata l'esecuzione routinaria

Forza della Raccomandazione A

**Conferma diagnosi di insufficienza cardiaca in
pazienti sintomatici**
(diagnosi differenziale con altre patologie ad es: respiratorie)

**Valutazione prognostica quando sia richiesta una
stratificazione del rischio**
(es: candidati al trapianto)



Heart Failure

The Diagnosis of Heart Failure in the Community
 Comparative Validation of Four Sets of Criteria in
 Unselected Older Adults: The ICARe Dicomano Study

Mauro Di Bari, MD, PHD,*† Claudia Pozzi, MD,* Maria Chiara Cavallini, MD, PHD,*†
 Francesca Innocenti, MD,*† Giorgio Baldereschi, MD,*† Walter De Alfieri, MD,‡ Enrico Antonini, MS,*
 Riccardo Pini, MD, FACC,*† Giulio Masotti, MD,*† Niccolò Marchionni, MD*†

Florence and Grosseto, Italy

OBJECTIVES We sought to compare construct and predictive validity of four sets of heart failure (HF) diagnostic criteria in an epidemiologic setting.

BACKGROUND The prevalence estimates of HF vary broadly depending on the diagnostic criteria.

METHODS Data were collected in a survey of community dwellers who were ≥65 years of age living in Dicomano, Italy. At baseline, HF was diagnosed with the criteria of the Framingham, Boston, and Gothenburg studies and of the European Society of Cardiology (ESC). Left ventricular mass index and ejection fraction, left atrium systolic dimension, lower extremity mobility disability, summary physical performance score, and 6-min walk test were compared between HF and non-HF participants to test for construct validity of each set of criteria. Predictive validity was evaluated with follow-up assessment of cardiovascular mortality, incident disability, and HF-related hospitalizations. Comparisons were adjusted for demographics, comorbidity, and psychoaffective status.

RESULTS Of 553 participants, 11.9%, 10.7%, 20.8%, and 9.0% had HF, according to Framingham, Boston, Gothenburg, and ESC criteria, respectively. In terms of construct validity, Framingham and Boston criteria discriminated HF from non-HF participants better than Gothenburg and ESC criteria across the measures of cardiac function and global performance. The Boston criteria showed a superior predictive validity because they indicated a significantly greater adjusted risk of cardiovascular death (hazard ratio 3.9, 95% confidence interval 1.2 to 13.2), incident disability, and hospitalizations in participants with HF.

CONCLUSIONS The Boston criteria are preferable to Framingham, Gothenburg, and ESC criteria for the diagnosis of HF in older community dwellers because they have good construct validity and more accurately predict cardiovascular death, incident disability, and hospitalizations. (J Am Coll Cardiol 2004;44:1601–8) © 2004 by the American College of Cardiology Foundation



Di Bari et al.
Validation of Heart Failure Diagnosis in the Elderly

JACC Vol. 44, No. 8, 2004
 October 19, 2004:1601-8

Table 1. Prevalence of Heart Failure According to Different Diagnostic Criteria by Age and by Gender

	Total (%)	Age (yrs)		Gender	
		65-74 (%)	75+ (%)	Men (%)	Women (%)
Framingham	11.9	9.0	18.4	13.4	10.9
Boston	10.7	8.4	15.5	9.9	11.2
Gothenburg	20.8	17.7	27.6	21.1	20.6
ESC	9.0	4.0	20.1	8.2	9.7

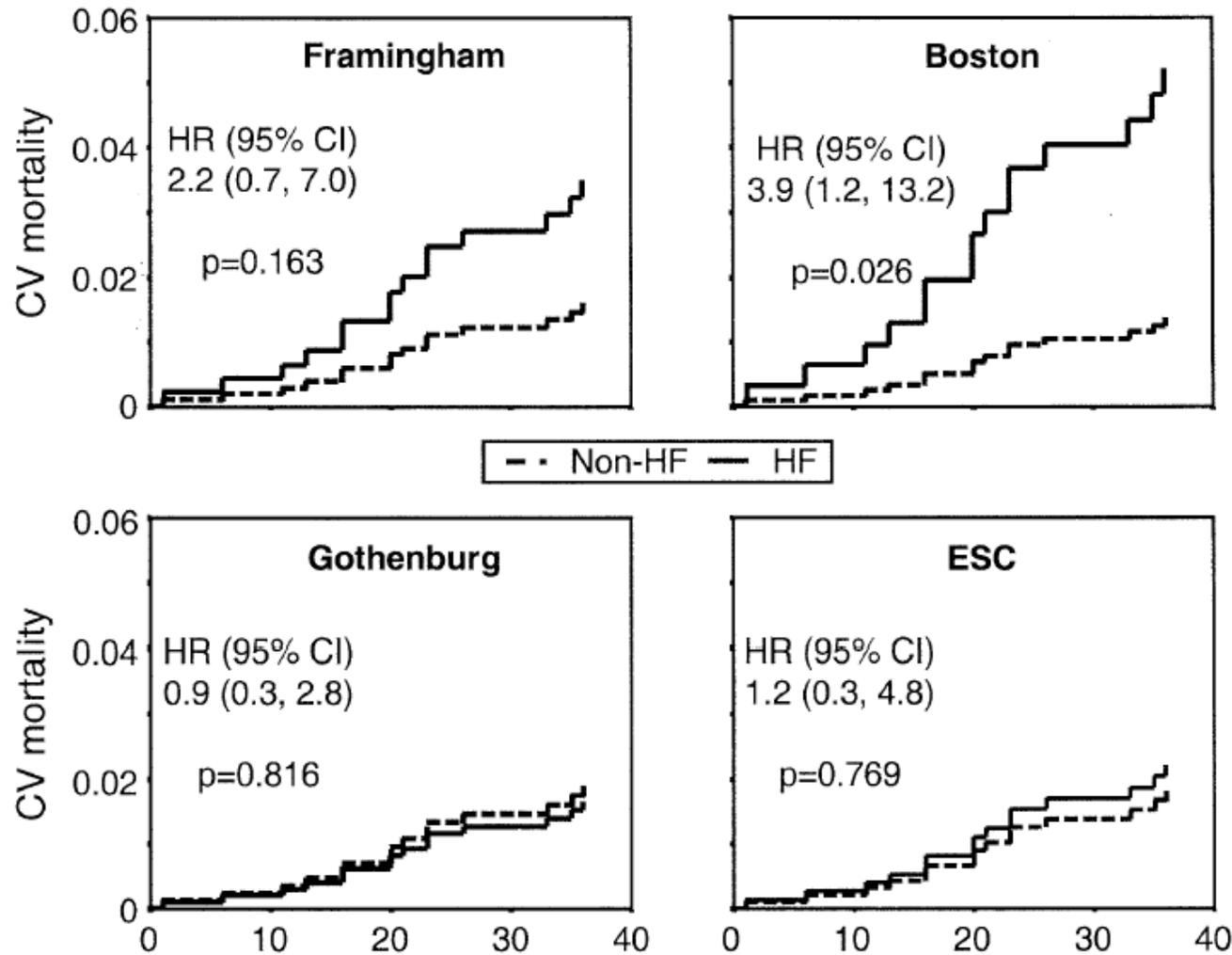
ESC = European Society of Cardiology

Criteri diversi forniscono stime diverse di prevalenza sulla stessa popolazione

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG



Mortalità cardiovascolare rilevata in una identica coorte di soggetti stratificata per diverse modalità di diagnosi di scompenso cardiaco



Criteria non validati, o validati male, generano diagnosi non coerenti con la prognosi della malattia



I criteri di Boston

- I Criteri di Boston rappresentano il metodo clinico più valido nel distinguere, in una coorte, i pazienti con SCC rispetto a quelli senza SCC, e si basano su dati disponibili nelle pratica delle cure primarie (segni e sintomi, lab., rx torace)
- Essi attribuiscono un punteggio a dati anamnestici, a segni e sintomi, e ad alcuni dati che possono essere richiesti al radiologo in un Rx torace
- Il percorso diagnostico deve comunque prevedere, secondo le linee guida, un ecg (un ecg normale è molto raro in uno SC). Per coloro in cui la diagnosi di SC è possibile o definita va effettuato un ecocg (valutazione complessiva morfologica e funzionale del cuore, utile per la diagnosi eziologica, e per la prognosi)

Criteri di Boston

ANAMNESI

- ✓ Dispnea a riposo 4
- ✓ Ortopnea 4
- ✓ Dispnea parossistica notturna 3
- ✓ Dispnea camminando in piano 2
- ✓ Dispnea camminando in salita 1

ESAME OBBIETTIVO

- ✓ FC >110 B/MIN 2
- ✓ FC 91-110 1
- ✓ PVC aumentata
 - ✓ >6cm H₂O + epatomegalia o edema 3
 - ✓ >6 cm H₂O 2
- ✓ Rantoli crepitanti diffusi 2
- ✓ Rantoli crepitanti ai campi inferiori 1
- ✓ Broncospasmo 3
- ✓ III Tono 3

RADIOGRAFIA DEL TORACE

- ✓ Edema alveolare 4
- ✓ Edema interstiziale 3
- ✓ Versamento pleurico bilat 3
- ✓ RCT >0.50 3
- ✓ Ridistribuzione apicale 2

- ❖ SC certo: score 8-12
- ❖ SC possibile: score 5-7
- ❖ SC improbabile: score <5

*N.B.: Non sono concessi
più di 4 punti per ciascuna
categoria*



Lo score dei criteri di Boston

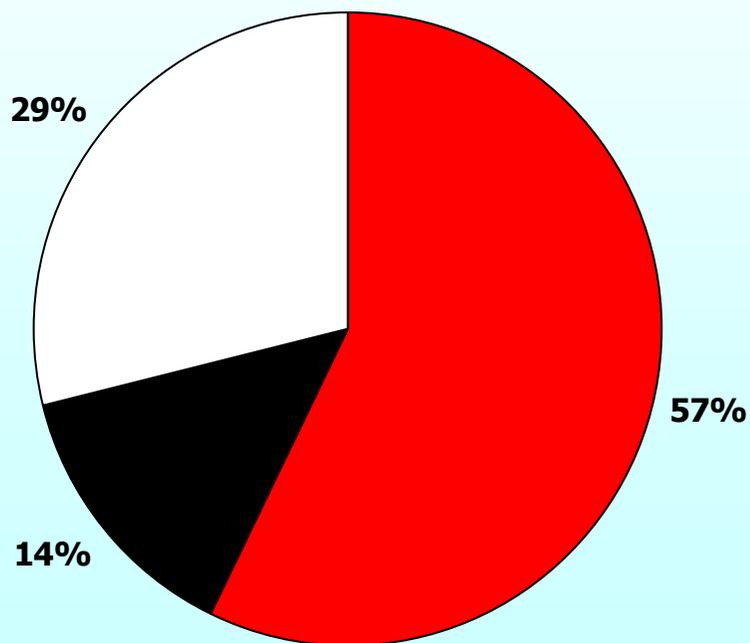
- Per ognuna delle 3 dimensioni valutate (anamnesi, esame obiettivo, rx torace) non è possibile superare lo score di 4 punti.
- La diagnosi di SC viene ritenuta:
 1. Definita, se si raggiunge un punteggio tra 8 e 12
 2. Possibile, per un punteggio compreso tra 5 e 7
 3. Improbabile, per un punteggio inferiore a 5



6) Distribuzione per "ecocg all'esordio"

Dati complessivi

	Freq.	Percent	Cum.
dato non disponibile	550	28.87	28.87
no	263	13.81	42.68
sì	1,092	57.32	100.00
Total	1,905	100.00	

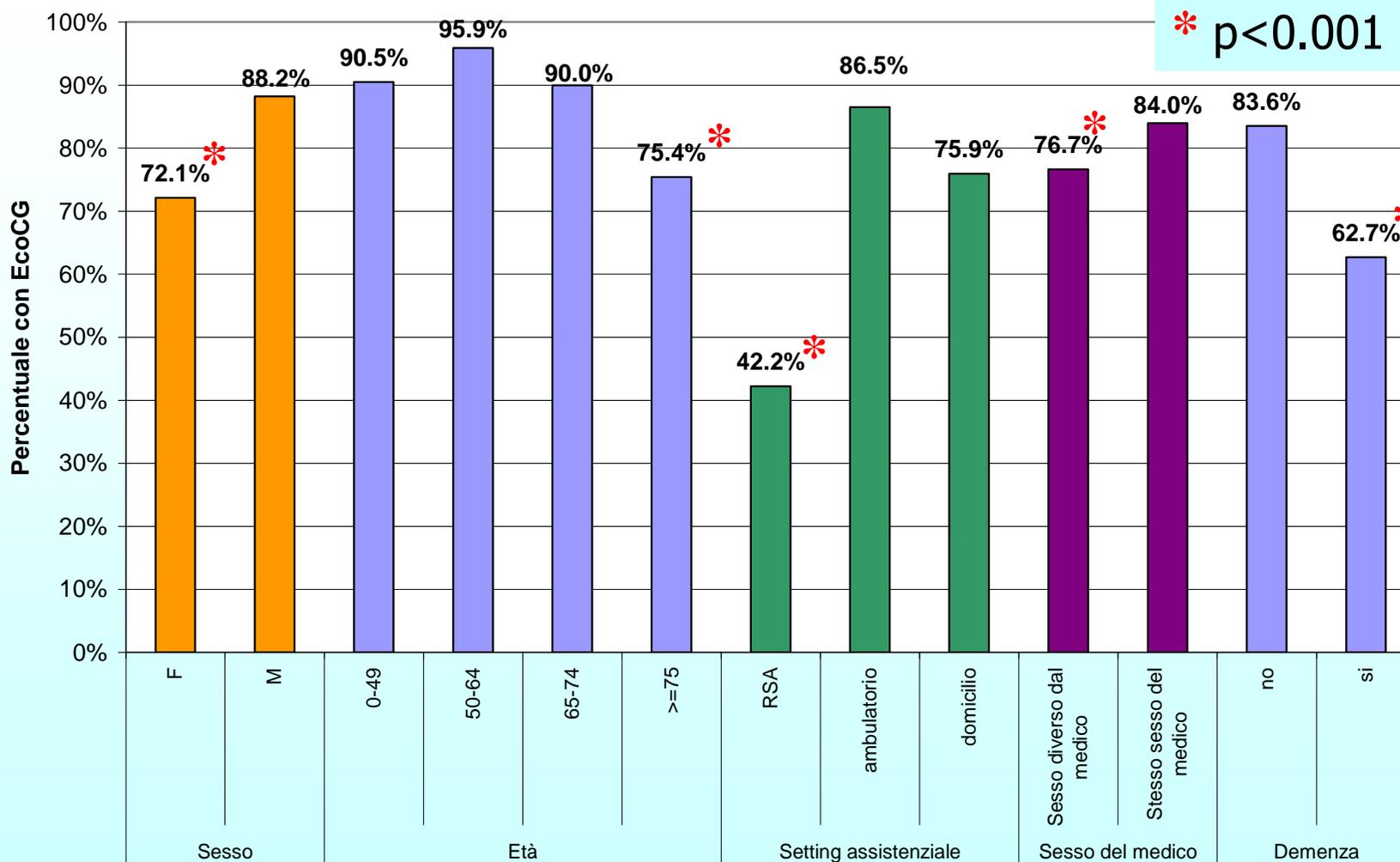


■ SI ■ NO □ Dato non disponibile

FE calcolata : 31%
>40: 52%
<=40: 48%



Fattori influenti sulla formalizzazione e registrazione dell'EcoCG di esordio nella diagnosi di scompenso (missing = 29%)

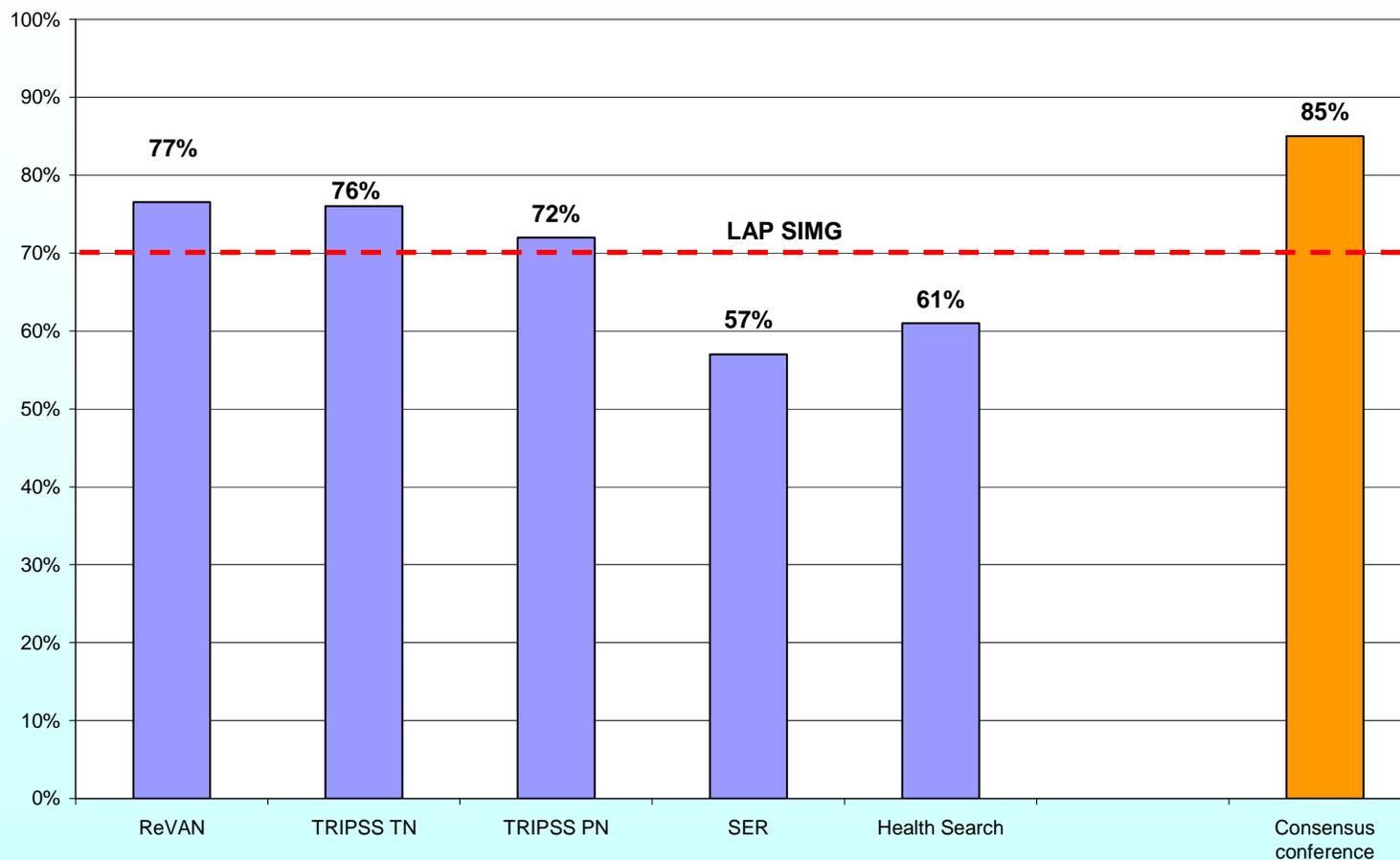




TERAPIA



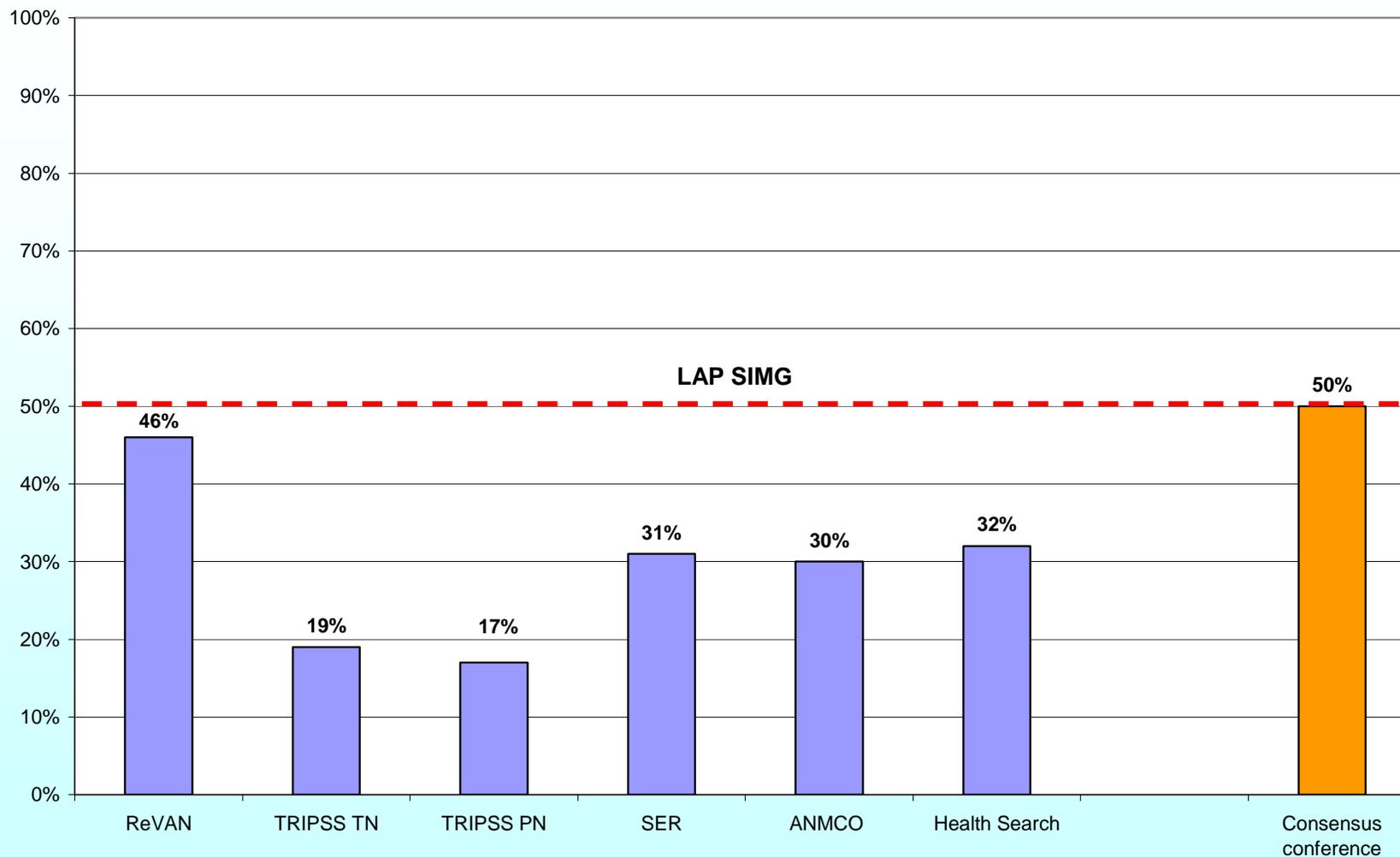
Percentuale di pazienti con scompenso trattati con ACE/sartani: benchmark dati ReVAN vs. altri standard nazionali





Percentuale di pazienti con scompenso trattati con β -bloccanti: benchmark dati ReVAN vs. altri standard nazionali

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG



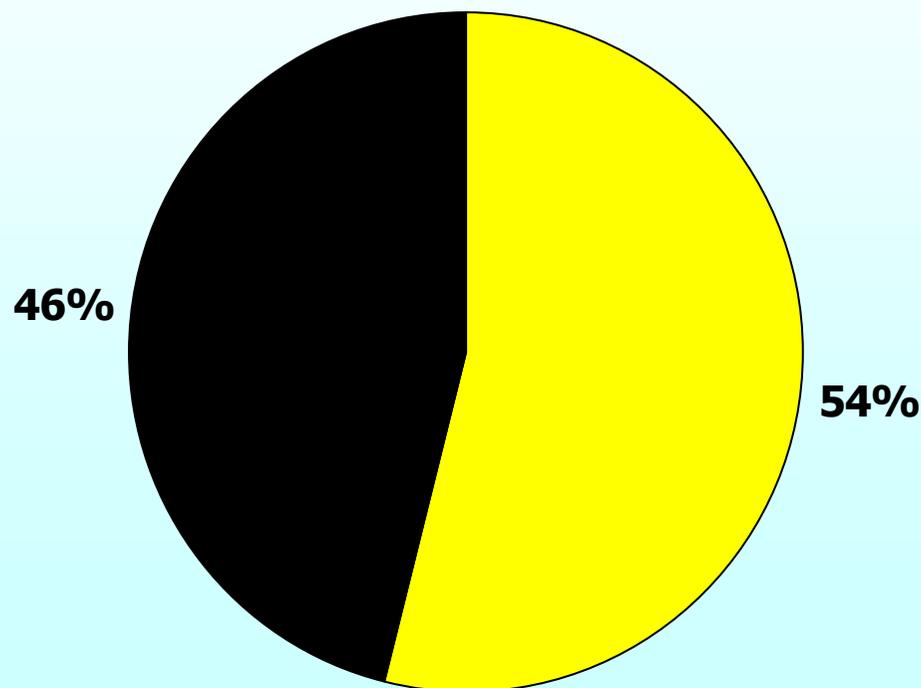


RICOVERI



Per 1875 pazienti abbiamo dati sui ricoveri per HF

ricoveri HF	Freq.	Percent	Cum.
0	1,006	53.65	53.65
1	869	46.35	100.00
Total	1,875	100.00	



■ Mai ricoverati per HF

■ Ricoverati almeno una volta per HF



Tassi di ricovero per scompenso cardiaco (audit ReVan, SDO Regione Veneto)

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG

Tasso di ricovero triennale x 1.000		
	ReVAN	SDO
>65	21.9	24.9
totale	5.6	6.1



Fattori che influenzano il ricovero per scompenso (nei 3 anni precedenti), all'interno dei pazienti arruolati nell'audit ReVAN

Fattori		% con ≥ 1 ricovero per scompenso nei 3 anni precedenti	Analisi univariata			Analisi multivariata		
			OR	L. Inf.	L. Sup	OR	L. Inf.	L. Sup
Sesso	F	42.7%				1.00		
	M	49.9%				1.24	1.02	1.50
Età	0-49	46.7%				1.00		
	50-64	43.4%				0.86	0.38	1.91
	65-74	45.9%				0.82	0.38	1.75
	≥ 75	46.9%				0.80	0.38	1.69
Fibrillazione atriale	no	41.9%				1.00		
	si	52.2%				1.42	1.17	1.72
Insufficienza respiratoria	no	41.0%				1.00		
	si	62.9%				2.21	1.77	2.76
Insufficienza renale	no	42.9%				1.00		
	si	56.8%				1.56	1.25	1.94



Fattori che influenzano il ricovero per scompenso (nei 3 anni precedenti), all'interno dei pazienti arruolati nell'audit ReVAN

Fattori		% con ≥1 ricovero per scompenso nei 3 anni precedenti	Analisi univariata			Analisi multivariata		
			OR	L. Inf.	L. Sup	OR	L. Inf.	L. Sup
Demenza	no	45.7%	1.00			1.00		
	si	49.7%	1.17	0.91	1.50	0.96	0.73	1.28
Setting assistenziale	ambulatorio	41.2%	1.00			1.00		
	RSA	51.3%	1.50	0.94	2.40	1.58	0.94	2.65
	domicilio	51.7%	1.53	1.27	1.84	1.38	1.10	1.73
Competenza assistenziale	paziente autonomo nella gestione	41.7%	1.00			1.00		
	paziente non autonomo con care giver idoneo	50.1%	1.41	1.16	1.71	1.22	0.95	1.57
	paziente non autonomo con care giver parz. idoneo o assente	51.8%	1.50	1.13	1.99	1.34	0.98	1.84



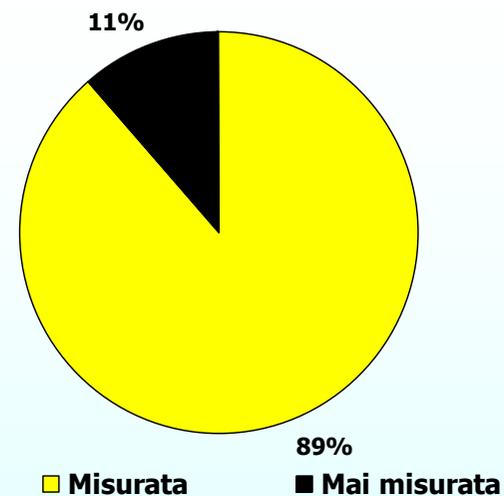
FOLLOW-UP



Pressioni e Pesi misurati negli ultimi 12 mesi

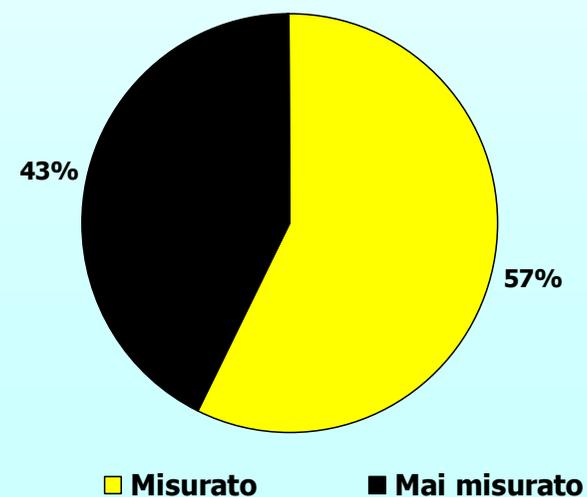
RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG

n_misurazioni_PAO_ultimi_12_mes	Freq.	Percent	Cum.
0	214	11.24	11.24
1-3	562	29.52	40.76
4-6	391	20.54	61.29
7-12	446	23.42	84.72
13-24	215	11.29	96.01
>=25	76	3.99	100.00
Total	1,904	100.00	



.tab n_misurazioni_peso_ultimi_12_me

n_misurazioni_peso_ultimi_12_me	Freq.	Percent	Cum.
0	816	42.86	42.86
1-3	634	33.30	76.16
4-6	205	10.77	86.92
7-12	168	8.82	95.75
13-24	50	2.63	98.37
>=25	31	1.63	100.00
Total	1,904	100.00	





Fattori che influiscono sull'effettuazione del follow-up (registrazione di PAO e peso almeno 1/semestre)

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG

Fattori		% con misurazioni di PAO o peso	Analisi univariata			Analisi Multivariata		
			OR	L. Inf.	L. Sup	OR	L. Inf.	L. Sup
Sesso	Maschi	57.2%	1.00			1.00		
	Femmine	55.4%	0.93	0.78	1.11	1.05	0.86	1.28
Età	0-49 anni	41.4%	1.00			1.00		
	50-64 anni	56.5%	1.84	0.82	4.11	2.23	0.96	5.15
	65-74 anni	60.1%	2.13	0.99	4.59	2.43	1.09	5.39
	>=75 anni	55.5%	1.77	0.84	3.73	2.13	0.97	4.66
Setting prevalente	ambulatorio	55.1%	1.00			1.00		
	RSA	56.5%	1.06	0.67	1.65	1.15	0.68	1.93
	domicilio	57.7%	1.11	0.92	1.34	1.29	1.02	1.63
Numero ricoveri per scompenso cardiaco	0	51.2%	1.00			1.00		
	1-3	61.9%	1.55	1.28	1.87	1.58	1.30	1.92
	>=4	75.0%	2.86	1.47	5.56	3.23	1.60	6.53



Fattori che influiscono sull'effettuazione del follow-up (registrazione di PAO e peso almeno 1/semestre)

RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG

Fattori		% con misurazioni di PAO o peso	Analisi univariata			Analisi Multivariata		
			OR	L. Inf.	L. Sup	OR	L. Inf.	L. Sup
Sesso del medico	Femmine	50.8%	1.00			1.00		
	Maschi	58.2%	1.35	1.09	1.67	1.29	1.04	1.61
Demenza	no	57.4%	1.00			1.00		
	si	50.8%	0.77	0.60	0.98	0.80	0.60	1.07
Competenza assistenziale	paziente autonomo nella gestione	59.0%	1.00			1.00		
	paziente non autonomo con care giver idoneo	56.2%	0.89	0.73	1.09	0.78	0.60	1.01
	paziente non autonomo con care giver parz. idoneo o assente	47.3%	0.62	0.47	0.82	0.52	0.38	0.71



Conclusioni

- L' importante lavoro dei GAL ha permesso una stima di prevalenza abbastanza realistica dello scompenso cardiaco nella nostra Regione
- A tale scopo, e per uniformare i criteri diagnostici entro l' ambito della nostra regione, i MMG dovrebbero essere sottoposti a training per adottare i criteri di Boston



Conclusioni

- Circa metà dei pazienti seguiti dai medici REVAN è assistita prevalentemente a domicilio
- Appare pertanto importante orientare risorse per migliorare l'assistenza domiciliare
- La performance professionale dei medici REVAN è risultata eccellente per i principali farmaci salvavita (ACEi/Sartani, Betabloccanti)



Conclusioni

- Alcuni aspetti di performance sembrano in ogni caso migliorabili (es: utilizzo della digitale, rilevazione del peso)
- I medici REVAN hanno prestato maggiore attenzione nel follow-up ai pazienti più gravi o comunque meno stabili (quelli ricoverati con maggiore frequenza)
- La dimensione trasversale della raccolta dei dati oggetto di questa analisi non consente di stabilire se e in quale misura un potenziamento delle risorse territoriali possa produrre ulteriori vantaggi in termini di riduzione del tasso di ospedalizzazione



European Journal of General Practice, 2012; Early Online: 1–8

Original Article

The care for chronic heart failure by general practitioners. Results from a clinical audit in Italy

*Maurizio Cancian 1 , Alessandro Battaglia 1 , Mario Celebrano 1 ,
Francesco Del Zotti 1 , Bruno Franco Novelletto 1 , Raffaella
Michieli 1 , Michele Pellizzari 2 , Mario Saugo 2 & Roberto
Toffanin 3*

1. S.I.M.G. Società Italiana di Medicina Generale, Scuola Veneta di Medicina Generale, Padua, Italy , 2. Epidemiological Service of the Veneto Region, Padua, Italy , and 3. Local Health Unit, Thiene (VI), Italy

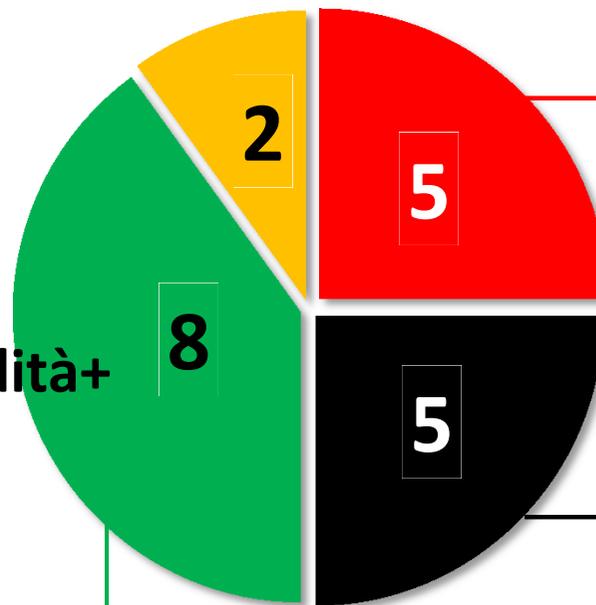
Proporzione delle cause di morte/anno (su 20 decessi/MMG/anno)

■ Cancro

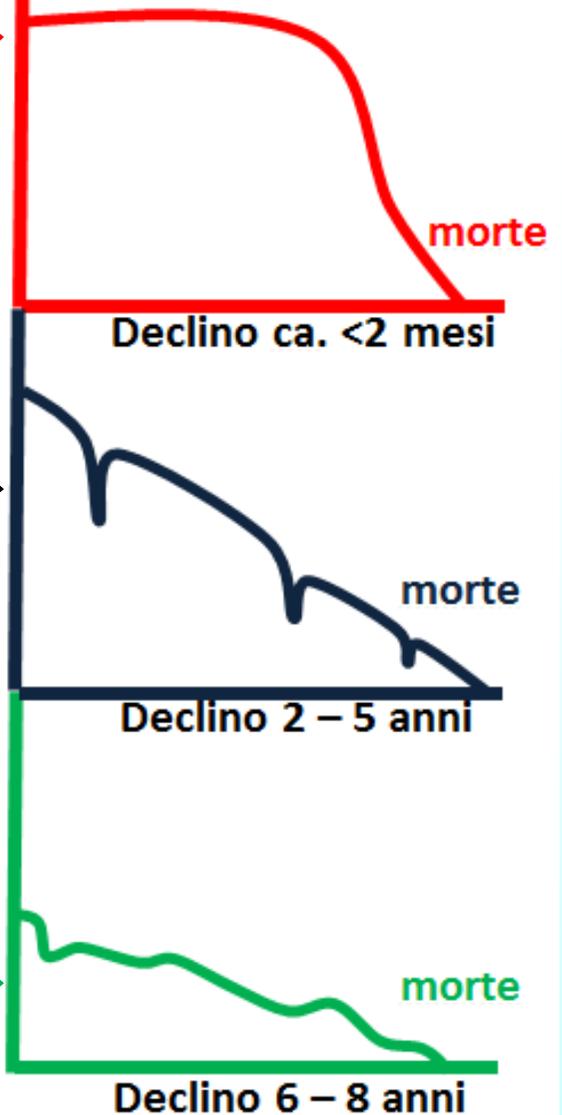
■ Insuff. Croniche

■ Fragilità+Comorbidity+
Demenza

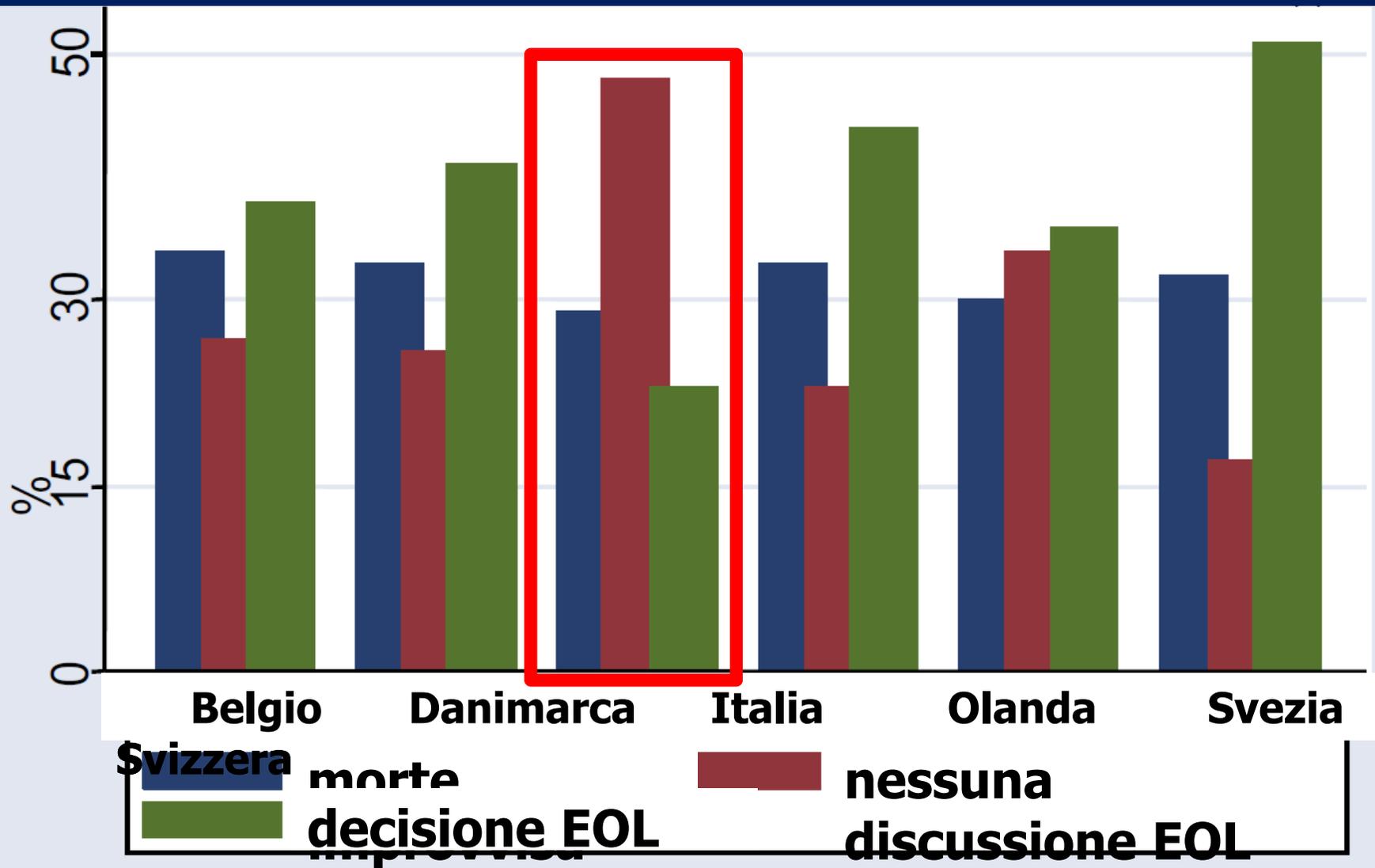
■ Morte improvvisa
inattesa



Traiettorie di malattia



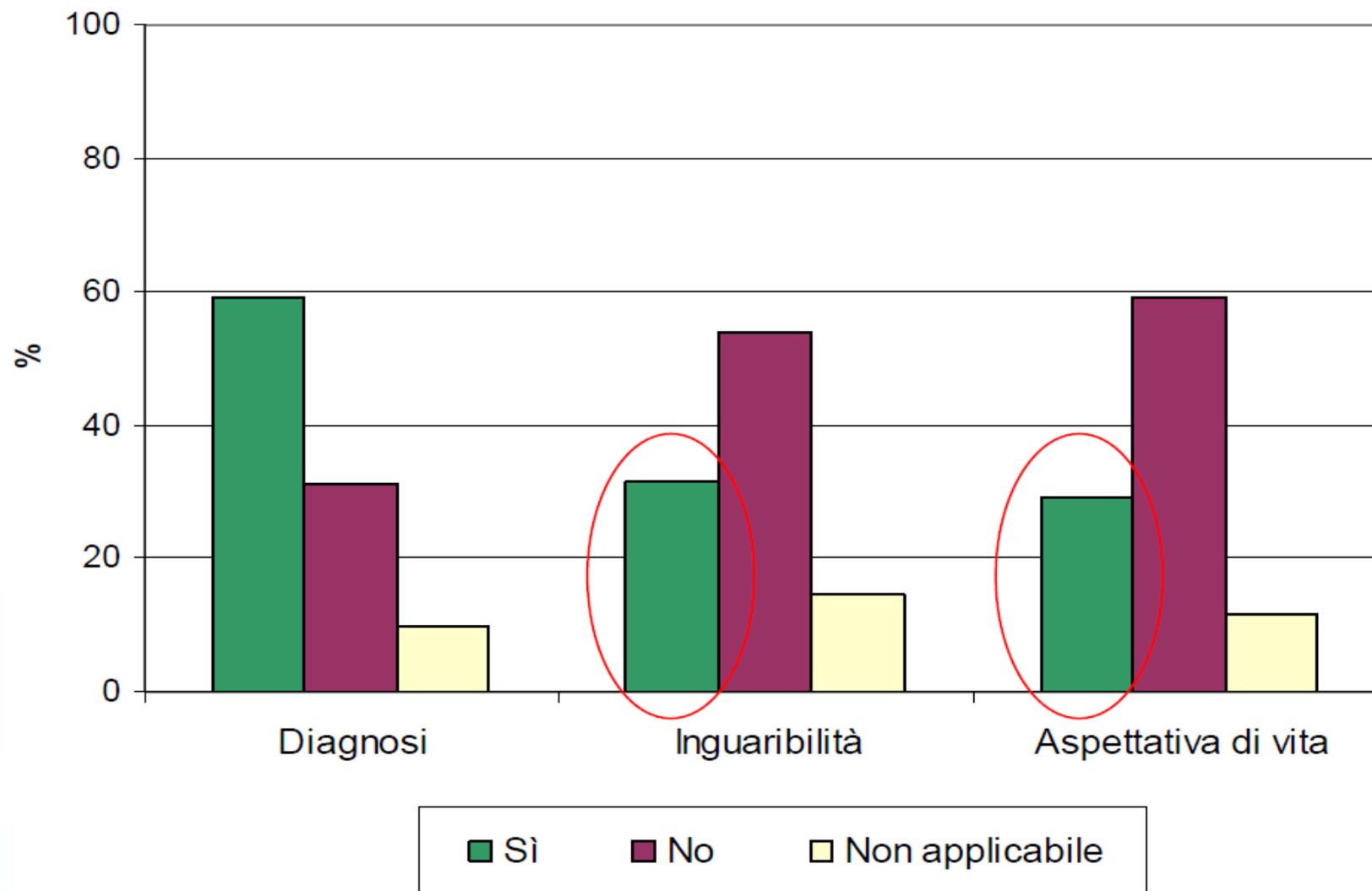
RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG



Bertolissi S, Miccinesi G, Giusti F. Come si muore in Italia. Storia e risultati dello studio Senti MELC. Divista SIMC 2012; 2: 17-24

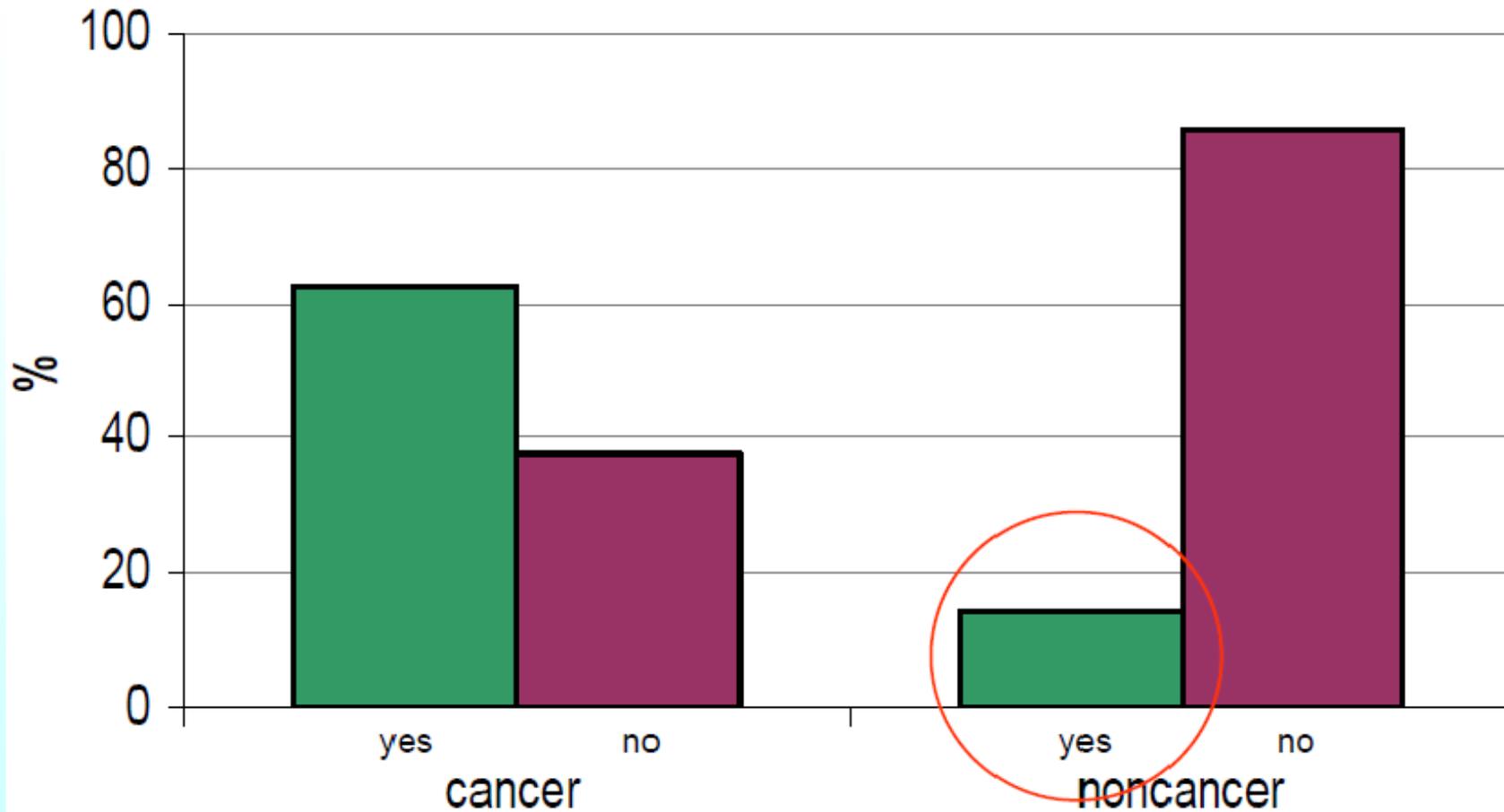


Italia, gennaio-agosto 2009 Pazienti senza diagnosi di demenza (N=510)



RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG

Italia, gennaio-agosto 2009



RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG

Bertolissi S, Miccinesi G, Giusti F. Come si muore in Italia. Storia e risultati dello studio Senti-MEIC. Rivista SIMG 2012; 2: 17 – 34



Come identificare precocemente ?

- Identificare le persone “abbastanza ammalate da poter morire” entro 12 mesi è un impegno del Medico sia dal punto di vista clinico, che etico e deontologico, ma soprattutto dal punto di vista umano (Berwick, 1999)



***20 miglioramenti nell'assistenza al malato alla fine della vita
che i medici possono realizzare la prossima settimana.
Don Berwick, MD, Institute for Health Care Improvement, 1999***

- Chiedi a Te stesso quando visiti un malato: **“Sarei sorpreso se questo paziente morisse nei prossimi mesi?”** Se la risposta è **“NO”** dai la precedenza a:
 - al sollievo dei sintomi,
 - al sostegno della famiglia,
 - alla continuità dell'assistenza,
 - alle direttive anticipate,
 - agli aspetti spirituali.



- La “domanda sorprendente” è uno strumento semplice che può essere utilizzato in modo concreto da tutti i medici
- E’ stata utilizzata con successo a scopo prognostico in popolazioni di malati con patologie nefrologiche in fase avanzata
- La “domanda sorprendente” sembra avere un forte valore prognostico anche nei malati di cancro

Moss A.H. et al “Prognostic significance of the ‘Surprise Question’ in cancer patients” J.Pall.Medicine 2010;13:837-40



Tre elementi “trigger” che suggeriscono che i malati si avvicinano alla fine della vita

- 1. La “domanda sorprendente”: saresti sorpreso se questo malato morisse nei prossimi 12 mesi?
- 2. La presenza di alcuni indicatori di deterioramento delle condizioni generali, di incremento dei bisogni o una scelta del malato di non essere più sottoposto a trattamenti “attivi”.
- 3. Indicatori clinici specifici correlati ad alcune patologie.



RIPRODUZIONE, ANCHE PARZIALE, VIETATA SENZA ESPRESSA AUTORIZZAZIONE SCRITTA DELLA SVEMG

La modalità originale del lavoro del MMG è la relazione nel tempo con i propri assistiti, non riguarda una malattia ma affronta tutti i problemi di ogni singola persona : Biologici, Psicologici e Sociali

Approccio bio psico sociale. E' sufficiente ?



One
Percent

Find your 1%



Helping GPs to support people
to live and die well

Identifying people at the end of life

Early identification of those who are approaching the end of their life will enable more people to be supported in living well before they die, ensuring that they have access to appropriate care and support services.



Useful resources

- 1. Prognostic Indicator Guidance** Gold Standards Framework
www.goldstandardsframework.org.uk/LibraryofResourcesPresentationsandLinks
- 2. Quick guide to identifying patients for supportive and palliative care**
Macmillan Cancer Support, NHS Camden & NHS Islington
www.endoflifecare.nhs.uk/quick-guide-to-identifying-patients
- 3. Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT)**
NHS Lothian and The University of Edinburgh
www.spict.org.uk

One
Percent

Having end of life care conversations

Many GPs have reported that they are not confident initiating a conversation about end of life care preferences and wishes. We know that if they do, 90% of patients will continue the conversation and most GPs report relief and satisfaction afterwards (Dying Matters GP Pilot Project Evaluation, 2010-11).



Useful resources

1. **Finding the words workbook and DVD** National End of Life Care Programme
www.endoflifecare.nhs.uk/finding-the-words
2. **Tips for ACP for GPs** Macmillan Cancer Support, NHS Camden & NHS Islington
www.endoflifecare.nhs.uk/acp-tips-for-gps
3. **Free e-learning sessions on communication skills** e-ELCA
www.e-lfh.org.uk/projects/e-elca
4. **Leaflets on talking about death, dying and bereavement** Dying Matters
www.dyingmatters.org/page/dying-matters-leaflets
5. **'How long have I got, Doc?' DVD** Dying Matters
www.dyingmatters.org/gp_page/dvd

One
Percent

Putting plans in place

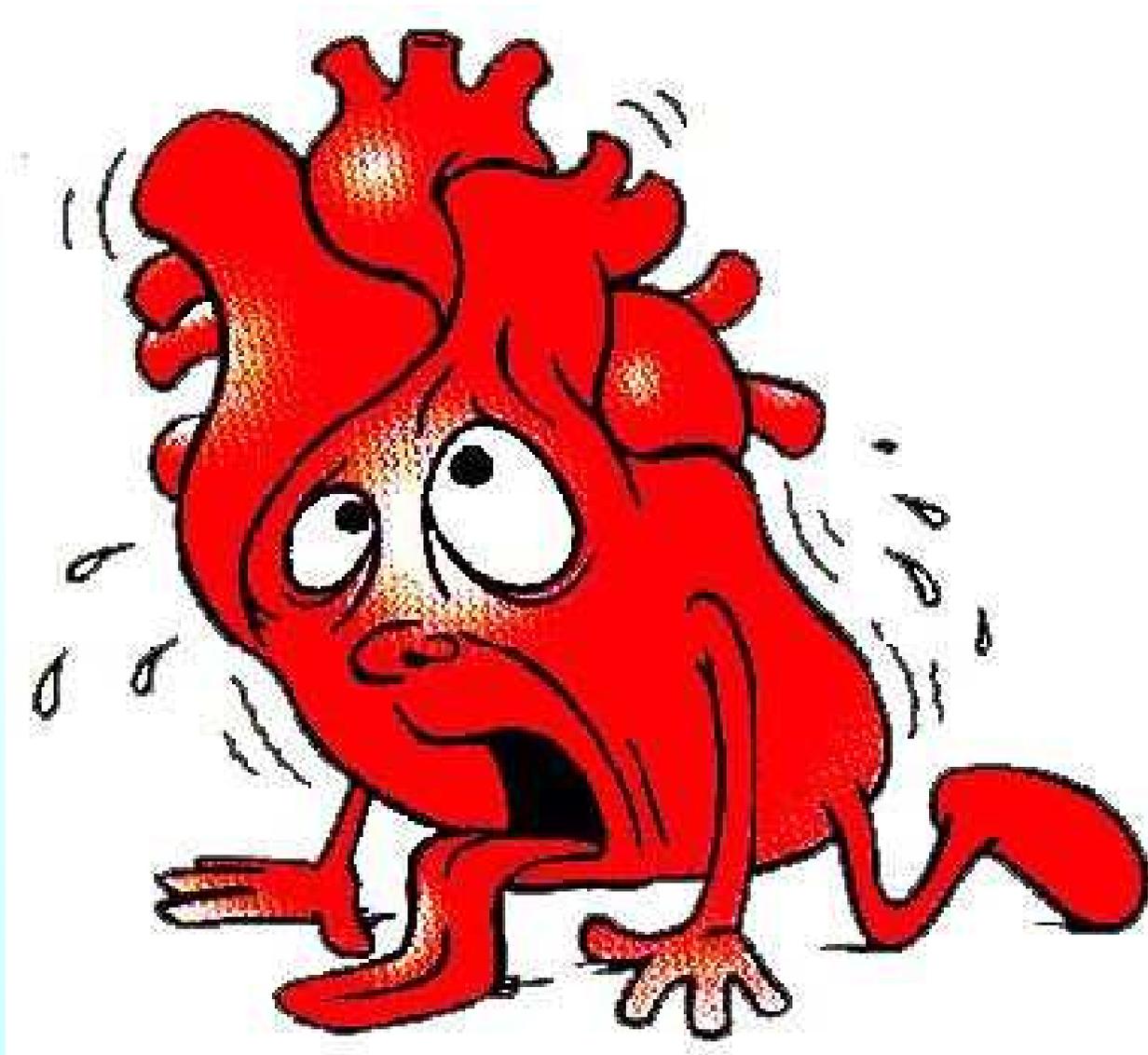
Planning is crucial to ensure that people can have what they consider to be a 'good death'. Advance care planning (ACP) is a process of discussion and review to help a person who has capacity anticipate how their condition may affect them in the future. If they wish, they can set on record choices about their care and treatment.



Useful resources

1. **Preferred Priorities for Care (PPC)** – available in easy-read National End of Life Care Programme (NEoLCP)
www.endoflifecare.nhs.uk/ppc
2. **Planning for your future care** – available in other languages NEoLCP, Dying Matters and University of Nottingham
www.endoflifecare.nhs.uk/planning-for-your-future-care
3. **Free e-learning sessions on advance care planning** e-ELCA
www.e-lfh.org.uk/projects/e-elca
4. **Capacity, care planning and advance care planning in life limiting illness** NEoLCP
www.endoflifecare.nhs.uk/acp-guide
5. **Advance decisions to refuse treatment – guide and proforma** NEoLCP
www.endoflifecare.nhs.uk/adrt-guide

One
Percent



Grazie per l'attenzione !

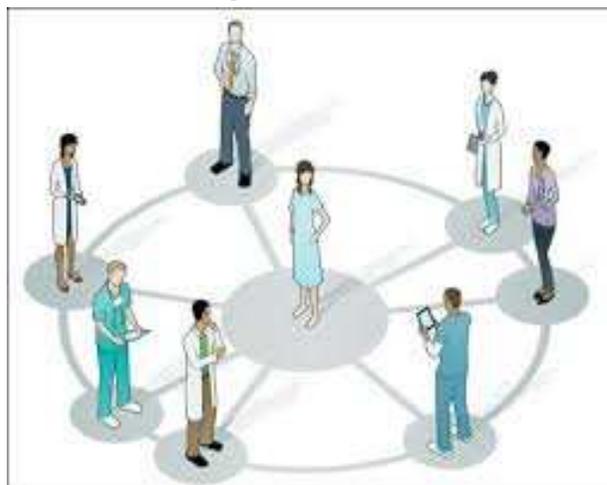


**Progetto ACG
Regione Veneto**

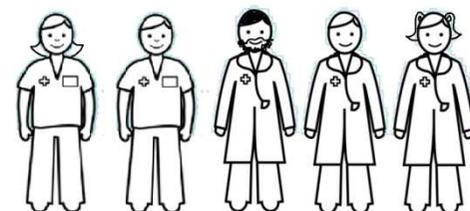
Tiozzo Silvia Netti

**IL MODELLO DI
PRESA IN CARICO INTEGRATA:
JOB DESCRIPTION DELL'INFERMIERE
CARE MANAGER**

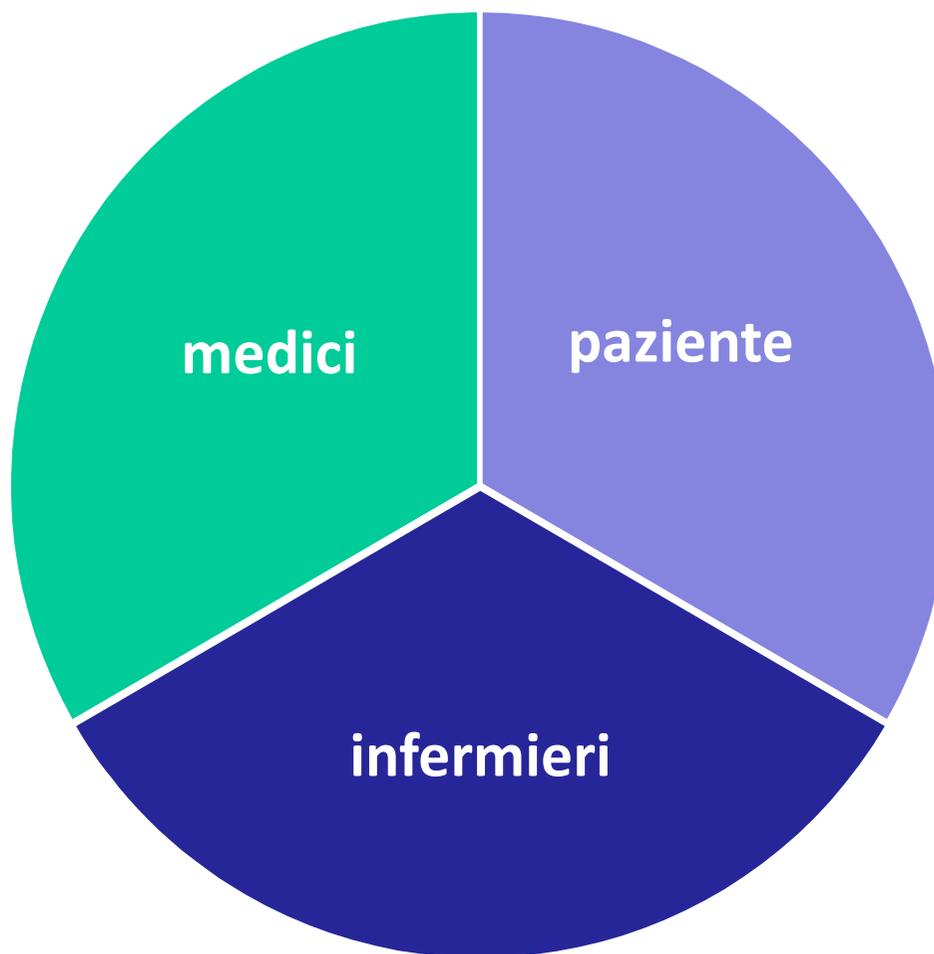
Persona al centro del processo assistenziale



Il modello vuole integrare l'attuale assistenza
al paziente
con l'introduzione
dell'**Infermiere Care Manager**



Processo di Care





Paziente, medico e infermiere sono sullo stesso piano del Processo di Care , rispettando i confini del proprio ruolo

CARE MANAGER

E' colui che gestisce il processo di cura / care

Paziente = SOGGETTO

individuo concepito in chiave OLISTICA

Ruolo = soddisfare le esigenze bio-psicosociali della persona tramite la gestione del suo intero percorso di cura /care e il coordinamento dei servizi socio-sanitari

SCOPO

- Gestisce 15-20 pazienti complessi
- Presa in carico globale
- Unico infermiere referente

SEDE

- Opera nel territorio di una medicina di gruppo

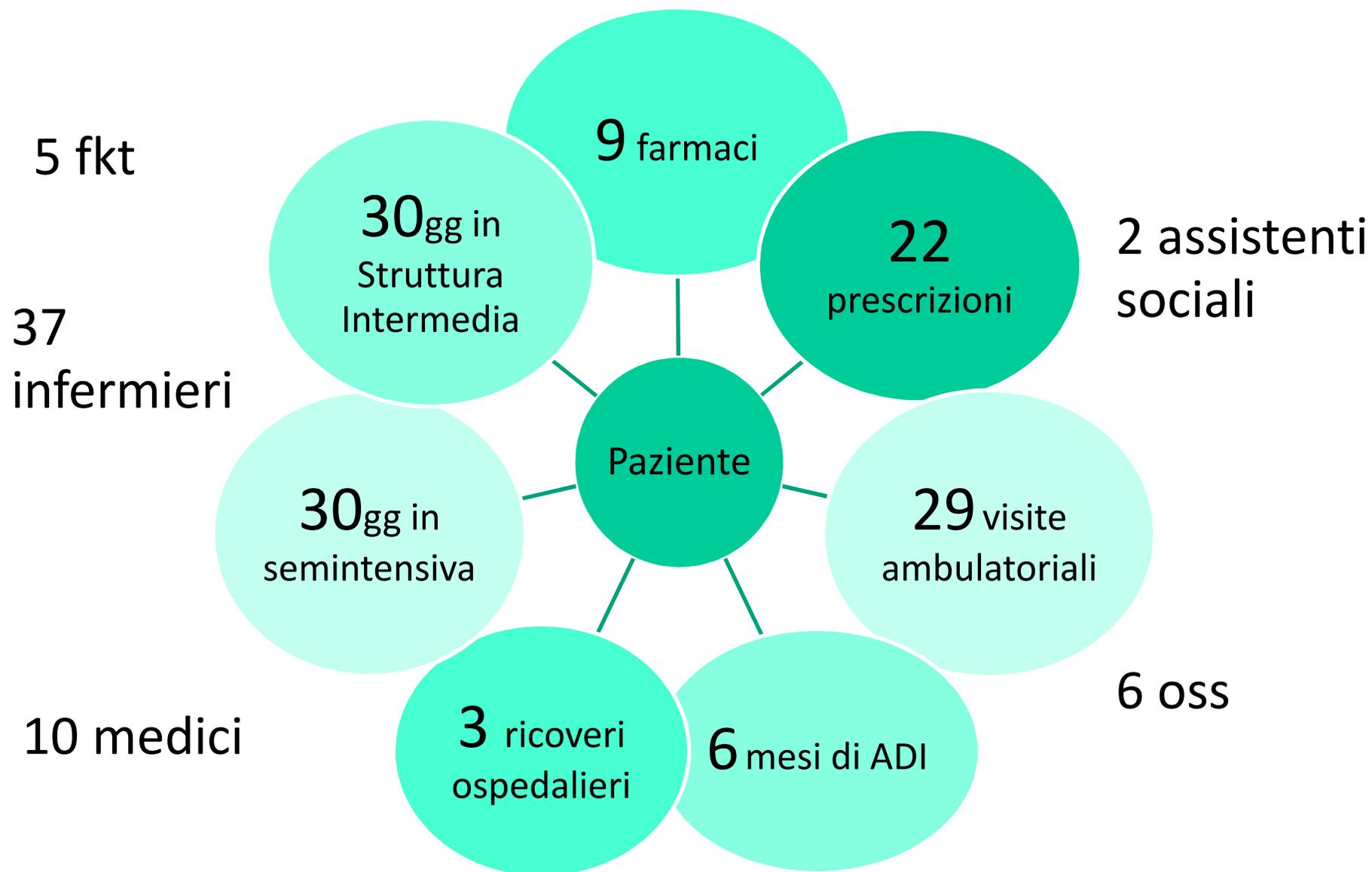
- **liste di care management generate da
ACG**
- **aggiunti in base al giudizio clinico del
MMG**

PRIORITA'?

- **multimorbidity**
- **ricoveri ricorrenti**
- **molti specialisti**
- **molte medicine**
- **situazioni sociali difficili**
- **alto rischio**
- **bisogni assistenziali complessi**
- **no compliance**

COMPLESSITA' ORGANIZZATIVA

Un anno nella vita del paziente ...



Definizione di empowerment

“Processo di ampliamento, attraverso il migliore uso delle proprie risorse attuali e potenziali acquisibili, delle possibilità che il soggetto può praticare e rendere operative e tra le quali può scegliere”

M.Bruscaglioni (1994)

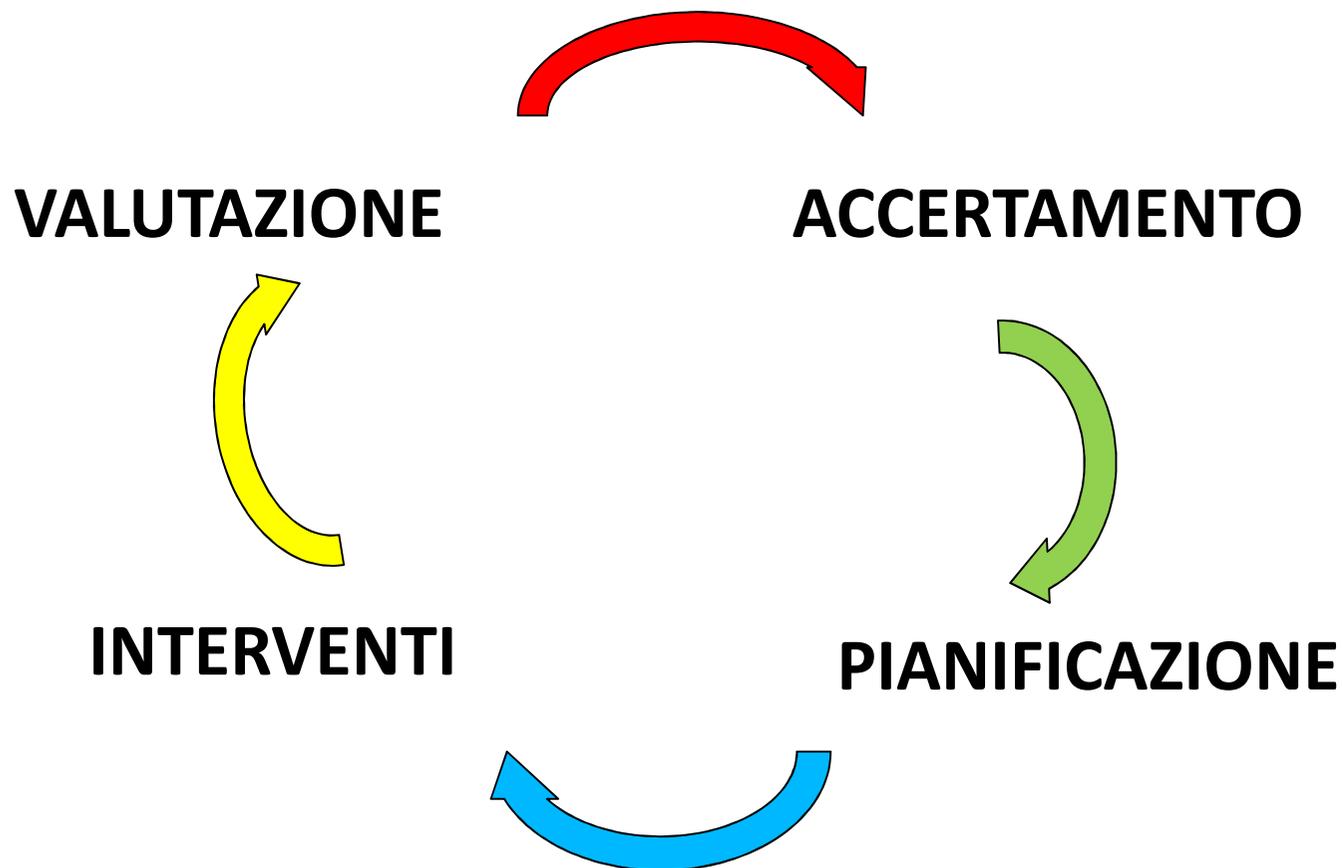
Orientamento all'empowerment

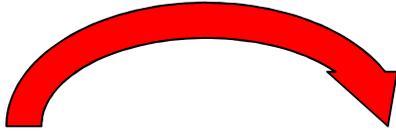
- Aumentare la possibilità del paziente di controllare attivamente la propria vita
- Migliorare l'autonomia e l'autostima
- Migliorare l'accesso alle risorse
- Offrire al paziente tutti gli strumenti di conoscenza e competenza per poter prendere decisioni più consapevoli

IL PAZIENTE SARA' IN GRADO DI:

- Consultare l'infermiere care manager , il medico o rivolgersi al PS in base al bisogno
- Assumere correttamente i farmaci
- Effettuare gli esami di controllo raccomandati
- Mantenere la malattia sotto controllo
- Modificare lo stile di vita per ridurre i rischi
- Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli

Processo di nursing





ACCERTAMENTO

del paziente

- ◆ a domicilio
- ◆ nello studio del MMG

INFERMIERE CARE MANAGER - JOB DESCRIPTION

RESPONSABILITA'

condurre l'accertamento dei bisogni e delle preferenze del paziente

creare Piani di Cura in collaborazione con MMG, paziente e caregiver basandosi su evidenze scientifiche (PDTA)

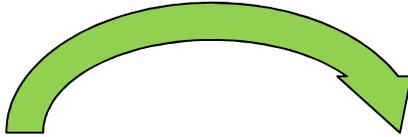
tradurre i Piani di Cura in Piani di Azione

fare da coach e da supporto a pazienti e caregiver per l'autogestione delle patologie croniche e per il miglioramento dello stile di vita

promuovere l'indipendenza del paziente, favorire e sostenere la sua partecipazione attiva nella determinazione delle decisioni terapeutiche

monitorare e rivalutare almeno mensilmente le condizioni del paziente in modo proattivo (visite a domicilio, in ambulatorio e via telefono) in accordo con il Piano di Cura

facilitare il paziente e i caregiver nell'accesso alle risorse della comunità



PIANIFICAZIONE

Con il MMG

- ◆ Piano di cura

Con il paziente e il caregiver

- ◆ Piano di cura
- ◆ Piano di azione

INFERMIERE CARE MANAGER - JOB DESCRIPTION

RESPONSABILITA'

condurre l'accertamento dei bisogni e delle preferenze del paziente

creare Piani di Cura in collaborazione con MMG, paziente e caregiver basandosi su evidenze scientifiche (PDTA)

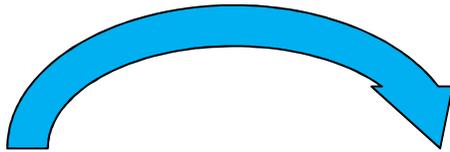
tradurre i Piani di Cura in Piani di Azione

fare da coach e da supporto a pazienti e caregiver per l'autogestione delle patologie croniche e per il miglioramento dello stile di vita

promuovere l'indipendenza del paziente, favorire e sostenere la sua partecipazione attiva nella determinazione delle decisioni terapeutiche

monitorare e rivalutare almeno mensilmente le condizioni del paziente in modo proattivo (visite a domicilio, in ambulatorio e via telefono) in accordo con il Piano di Cura

facilitare il paziente e i caregiver nell'accesso alle risorse della comunità



INTERVENTI

Paziente

- ◆ Monitoraggio & coaching
- ◆ Intervista motivazionale
- ◆ Coordinamento delle cure
- ◆ Facilitare transizioni luoghi di cura
- ◆ Accesso a risorse del territorio
- ◆ Triage nuovi problemi

Caregiver

- ◆ Supporto

INFERMIERE CARE MANAGER - JOB DESCRIPTION

RESPONSABILITA'

condurre l'accertamento dei bisogni e delle preferenze del paziente

creare Piani di Cura in collaborazione con MMG, paziente e caregiver basandosi su evidenze scientifiche (PDTA)

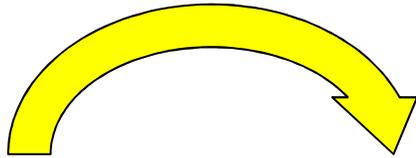
tradurre i Piani di Cura in Piani di Azione

fare da coach e da supporto a pazienti e caregiver per l'autogestione delle patologie croniche e per il miglioramento dello stile di vita

promuovere l'indipendenza del paziente, favorire e sostenere la sua partecipazione attiva nella determinazione delle decisioni terapeutiche

monitorare e rivalutare almeno mensilmente le condizioni del paziente in modo proattivo (visite a domicilio, in ambulatorio e via telefono) in accordo con il Piano di Cura

facilitare il paziente e i caregiver nell'accesso alle risorse del territorio



VALUTAZIONE

Con il paziente

- ◆ Monitoraggio & coaching
- ◆ Aggiornamento Piano di Cura e Piano di Azione

Con il MMG

- ◆ Raggiungimento degli obiettivi

INFERMIERE CARE MANAGER - JOB DESCRIPTION

RESPONSABILITA'

condurre l'accertamento dei bisogni e delle preferenze del paziente

creare Piani di Cura in collaborazione con MMG, paziente e caregiver basandosi su evidenze scientifiche (PDTA)

tradurre i Piani di Cura in Piani di Azione

fare da coach e da supporto a pazienti e caregiver per l'autogestione delle patologie croniche e per il miglioramento dello stile di vita

promuovere l'indipendenza del paziente, favorire e sostenere la sua partecipazione attiva nella determinazione delle decisioni terapeutiche

monitorare e rivalutare almeno mensilmente le condizioni del paziente in modo proattivo (visite a domicilio, in ambulatorio e via telefono) in accordo con il Piano di Cura

ULTERIORI RESPONSABILITA'

- Osservare e riportare al MMG sintomi, reazioni a trattamenti, cambiamenti nelle condizioni fisiche ed emozionali del paziente
- Migliorare la comunicazione e le relazioni di collaborazione fra i membri di team di assistenza multidisciplinari (es. cardiologo)
- Garantire la gestione e il coordinamento di tutte le transizioni tra luoghi di cura
- Partecipare ad incontri periodici con il MMG e gli altri membri del team
- Confermare o modificare il Piano di Cura e il Piano di Azione
- Coordinamento e follow-up

REQUISITI MINIMI

- **Possesso del titolo di infermiere**
- **Formazione regionale ad hoc**
- **Esperienza minima di 3 anni (area anziani ospedaliera e territoriale)**
- **Abilità informatiche**

QUALITA' DESIDERABILI

- **Eccellenti capacità interpersonali**
- **Flessibilità e creatività nel risolvere i problemi**
- **Buon giudizio clinico e abilità nel prendere decisioni**
- **Capacità di lavorare concretamente come membro di un team interdisciplinare**
- **Capacità di lavorare in maniera indipendente**
- **Comprensione del ruolo di care manager**
- **Disponibilità, curiosità e volontà di aggiornarsi**
- **Attitudine al coaching**
- **Capacità di comunicazione e di ascolto**
- **Autorevolezza**
- **Orientamento al risultato**

Attivazione del percorso di gestione dei casi complessi

- 2 infermieri care manager per ULSS
- Graduale inserimento nel piano di lavoro ordinario dei pazienti selezionati secondo priorità indicate dal MMG (circa 1-3 nuovi casi alla settimana)
- Quantità di casi di 15-20 pazienti in due mesi circa

L'infermiere lavora in collaborazione con il MMG condivide il processo decisionale

Una comunicazione efficace

- Si basa su fiducia e rispetto reciproci
- Comporta flessibilità
- Richiede uno sforzo consapevole
- Si modifica nel tempo



La relazione che si instaura fra infermiere e medico è fondamentale per raggiungere risultati positivi per il paziente



AZIENDA ULSS 20



La presa in carico integrata del paziente affetto da scompenso cardiaco alla dimissione

Infermiere Anna Zambon

Padova, 7 febbraio 2015

Il percorso



Pazienti in dimissione da UOC di
med/cardio/geriatria con diagnosi di SC



Algoritmo per rischio di recidiva (med + inf)
+ counselling inf



Possibile visita domiciliare da parte
dell'Infermiere dedicato



Counselling telefonico infermieristico



Visita ambulatoriale medica ed
infermieristica

Le attività del Percorso

Fase predimissiva ospedaliera

Tutti i pazienti in dimissione per SC vengono sottoposti ad algoritmo valutativo del rischio di recidiva (medico e infermiere)

In lettera di dimissione viene indicata la data della visita in ambulatorio e della 1° telefonata e/o della visita domiciliare, rispetto alla classe di rischio in cui il paziente esita

Le attività del percorso

Counseling predimissivo ospedaliero

L'infermiere dedicato esegue il counselling con tutti pazienti in dimissione con diagnosi di scompenso.

Valuta la possibilità di coinvolgere il caregiver in questo momento educativo - motivazionale

I contenuti irrinunciabili che vengono dati durante il counseling sono:

- **Informazioni riguardo la patologia**
- **L'importanza dell'aderenza alla terapia**
- **La corretta dieta e soprattutto il controllo idrico e salino**
- **Il corretto stile di vita**
- **Il controllo del peso, pressione e diuresi con l'uso del diario**

Le attività del percorso

Visita domiciliare

Vengono indagati svariati ambiti tra cui questi:

- **patologia croniche concomitanti**
- **dati antropometrici e parametri vitali**
- **funzione respiratoria (questionario CAT)**
- **dolore (scala VRS)**
- **aderenza alla terapia (scala Morisky)**
- **alimentazione**
- **valutazione attività strumentali e di vita quotidiana (scala IADL)**
- **sicurezza del paziente**
- **caregiver**

Le attività del percorso

Counseling telefonico

Indici di stabilità clinica

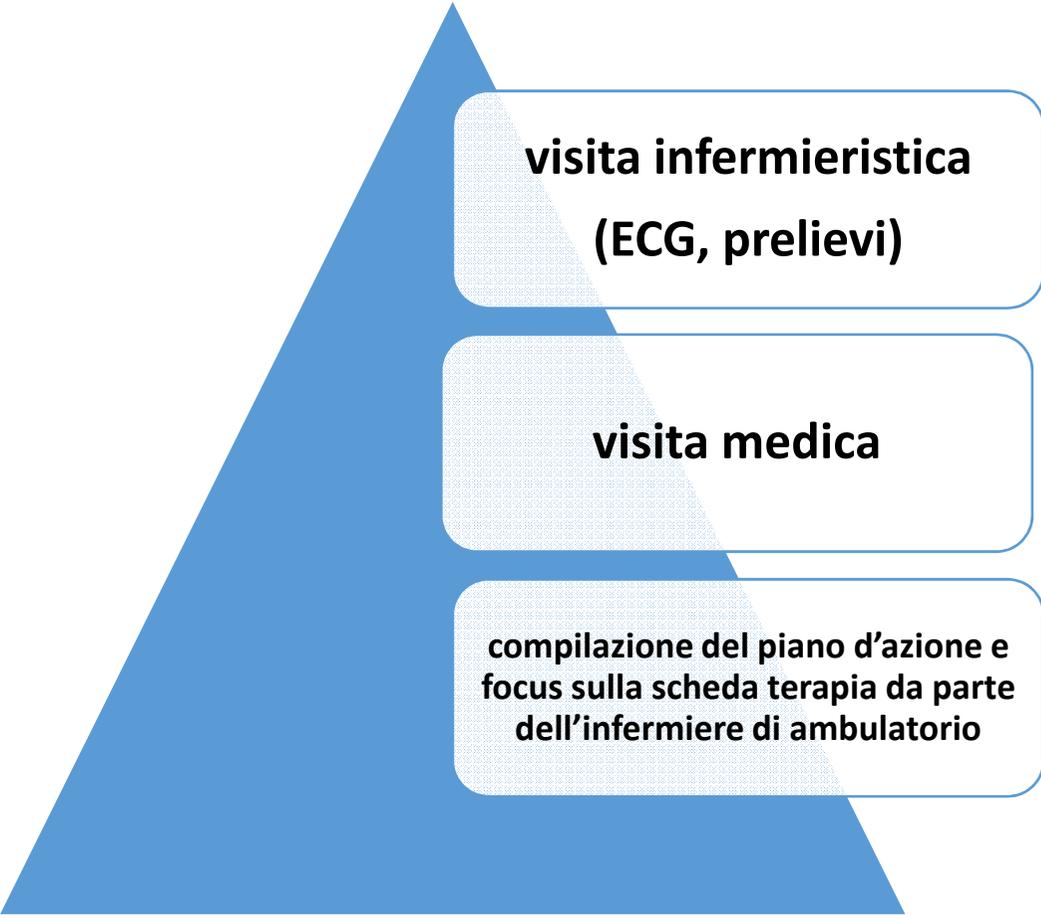
(peso, pressione, diuresi,
dispnea, intolleranza
allo sforzo, edemi)

Aderenza alla terapia e
al corretto stile di vita
(alimentazione e
movimento)

Si concorda data del prossimo contatto telefonico

Le attività del percorso

Visita ambulatoriale



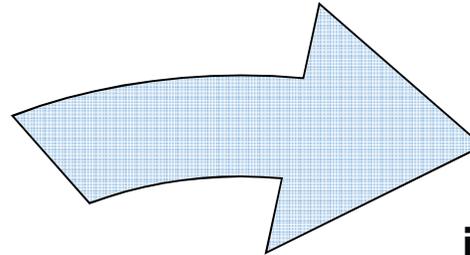
**visita infermieristica
(ECG, prelievi)**

visita medica

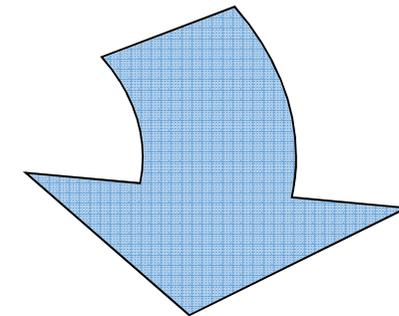
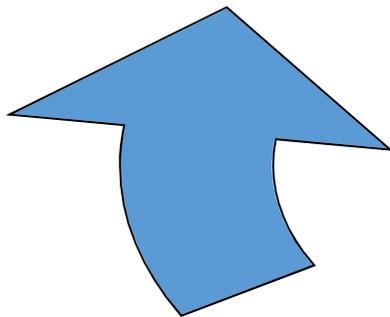
**compilazione del piano d'azione e
focus sulla scheda terapia da parte
dell'infermiere di ambulatorio**

Le attività del Percorso

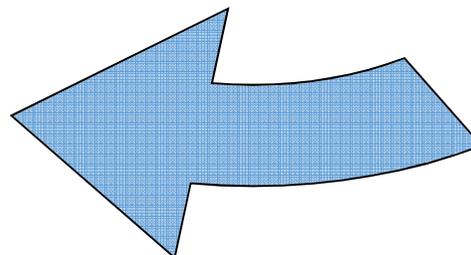
Organizzare e gestire incontri individuali di educazione terapeutica sulla base dei bisogni individuati



Organizzare e gestire incontri di gruppo: educare e formare al self management

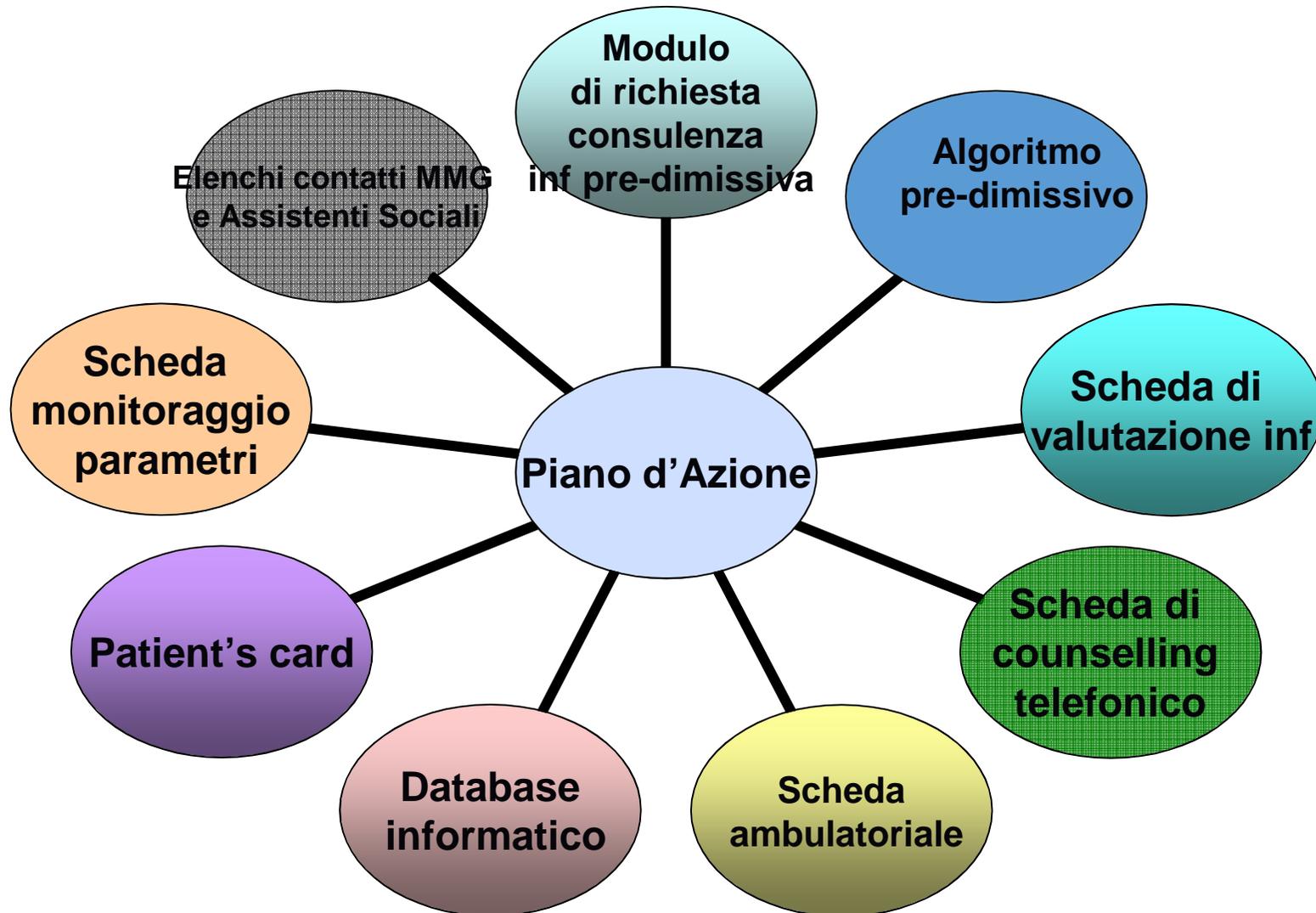


La facilitazione delle informazioni tra cardiologo MMG e paziente



Facilitare le transizioni tra i diversi luoghi di cura coordinando tutti gli attori coinvolti nell'intero processo

Gli strumenti



Modulo di richiesta consulenza infermieristica pre-dimissione

Il presente modulo va inviato tramite fax al n° 8343 alcuni giorni prima della data di dimissione per scompenso in tutti i pazienti nei quali questa sia la diagnosi principale e in quelli con diagnosi secondaria se si ritiene abbiano indicazione alla presa in carico.

Dati anagrafici			
Cognome Nome		Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nato/a il		Provenienza	Deambulabile <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Data dimissione prevista			
Diagnosi principale		Etichetta paziente	
Diagnosi secondaria			

Variabili di competenza medica	Punteggio	Si	No
Persistenza di Classe NYHA >II alla dimissione	7		
LVEF ≤35%	7		
Segni di rilevante cardiopatia strutturale e/o disfunzione diastolica all'eco	3		
Età >80	5		
Fibrillazione atriale	3		
Valvulopatia severa	5		
Insufficienza renale cronica (GFR <30 ml/min)	7		
Diabete mellito	3		
Altre comorbidità rilevanti (neoplasia, demenza, sindrome depressiva....)	3		
Durata del presente ricovero >11 giorni	5		
Politerapia farmacologica (assunzione >6 farmaci)	5		
Riduzione di nt-proBNP <20% (tra ammissione e pre-dimissione)	3		
BPCO	3		
No B-bloccanti	3		
No ACE-I/ARB	3		
Almeno un ricovero per SC negli ultimi 6 mesi	5		
Totale (max 70)			
Variabili di competenza infermieristica	Punteggio	Si	No
Aderenza alla terapia	0-8		
Care-giver	0-12		
Brass Index: 0-10	2		
11-19	5		
20-40	10		
Totale (max 30)			
Totale score di rischio di recidiva			

PUNTEGGIO	FASCIA DI RISCHIO
≤ 30	Basso
31-60	Medio
>60	Alto

E' stato possibile contattare il MMG? Si No N° di telefono del caregiver _____
 Il medico (Nome Cognome) _____ Firma _____ Data ___ / ___ / ___

PIANO D'AZIONE DI _____

Data: _____

Cardiologo: _____

Infermiere: _____ telefono ambulatorio: _____

PER STARE BENE DEVO:

INDICAZIONI DIETETICHE



ATTIVITA' FISICA

ALTRE INDICAZIONI

PROSSIMI CONTROLLI

	PESO	DIURESI	PRESSIONE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640
Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA
Ospedale di San Bonifacio "G. Fracastoro"
Direttore Dr. Maurizio Anselmi



Vivere in salute

la malattia



Libretto personale sulla gestione dello Scompenso Cardiaco

SCHEDA DI MONITORAGGIO PARAMETRI DEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO IN
STRUTTURA RESIDENZIALE

Nome e Cognome

Data di nascita

PARAMETRO	BASE	I° SETTIMANA	II° SETTIMANA	III° SETTIMANA	IV° SETTIMANA
data					
PA (mmHg)					
Fc (bpm)					
Peso (Kg)					
Diuresi (ml/24 ore)					
Sat O2 (%)					
Creatinina (mg/dl...)					
Na					
K					
Hb					
Edemi declivi AA.II. (+/+++)					
Stasi polmonare (+/+++)					
Dispnea a riposo (+/+++)					
Dispnea da sforzo (+/+++)					
Ortopnea (si/no)					
Infezioni (si → tipo e data/no)					
Altro da segnalare					

Punti di forza

Centrato sulle persona e sui bisogni del paziente

I nostri punti di forza...

Strumenti ad hoc

Conosciamo il paziente e, a partire dalla sua persona e dal suo contesto, 'creiamo' un **Piano d'Azione** che con parole semplici lo aiuti a gestire la sua malattia nella quotidianità

Punti di forza

1. Risalto al monitoraggio e allo sviluppo di abilità di autocura del paziente
2. Importante coinvolgimento e supporto al caregiver



I nostri punti di forza...

1. Organizziamo **incontri individuali e di gruppo** con l'obiettivo di rendere il **paziente esperto**, in grado di **autogestire la sua patologia in modo consapevole**
2. Coinvolgiamo il caregiver e chiediamo la presenza durante il nostro accesso a domicilio e lo invitiamo a **partecipare agli incontri di gruppo**

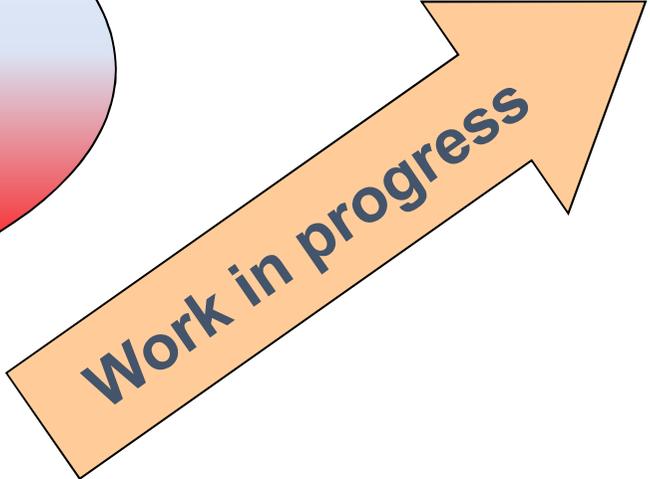
Punti di forza

Attivazione e mobilitazione delle risorse della comunità

I nostri punti di forza...



Costruiamo una Rete i cui
“nodi” sono:
Ospedale, Distretto, MMG,
Assistente Sociale, Ass di
volontariato, la famiglia



Work in progress

Punti di forza

Coordinamento tra i luoghi di cura al fine di mantenere il continuum delle cure, evitare le reiterazioni degli esami e migliorare la tempestività degli interventi



I nostri punti di forza...

Azienda ULSS 20

**Percorso Medicina d'Iniziativa per pazienti con
Scompenso cardiaco
CARD IDENTIFICATIVA**

Cognome: Lampa

Nome: Dina

MMG: Dott Di Rado Guido

Tel 0000000000

Servizio Sanità d'Iniziativa

Tel 1111111111

La CARD è uno strumento che il paziente porta con sé, in cui vi sono riportati i riferimenti telefonici del MMG e dell'ambulatorio di Medicina d'Iniziativa per lo SC rivolta agli operatori sanitari che necessitano di informazioni circa il suo stato di salute



Grazie per l'attenzione



Progetto ACG
Regione Veneto

Tiozzo Silvia Netti

CARE MANAGEMENT:

DAL PIANO DI CURA AL PIANO DI AZIONE

Processo di nursing



Steps per l'accertamento iniziale

- **Contatto con il paziente**
 - telefonico
 - visita a domicilio
 - consenso
 - informazioni scritte sul programma

- **Raccolta dati**
 - a casa del paziente
 - dalla documentazione nello studio del MMG

- **Identificazione di**
 - patologie croniche
 - caregiver

- **Creazione con il MMG del Piano di Cura**
 - durante la sessione di pianificazione

Accertamento iniziale e pianificazione

I dati vengono raccolti da 3 fonti:

- paziente e caregiver
- documentazione MMG

L'accertamento iniziale funge da base per creare il Piano di Cura attraverso un processo decisionale condiviso con il MMG durante il meeting per la pianificazione

Steps per l'accertamento iniziale

- **Contatto con il paziente**
 - telefonico
 - Visita a domicilio
 - consenso
 - informazioni scritte sul programma

- **Raccolta dati a casa del paziente**
 - dalla documentazione nello studio del MMG

- **Identificazione di**
 - patologie croniche
 - caregiver

- **Creazione con il MMG del Piano di Cura**
 - durante la sessione di pianificazione

ACCERTAMENTO

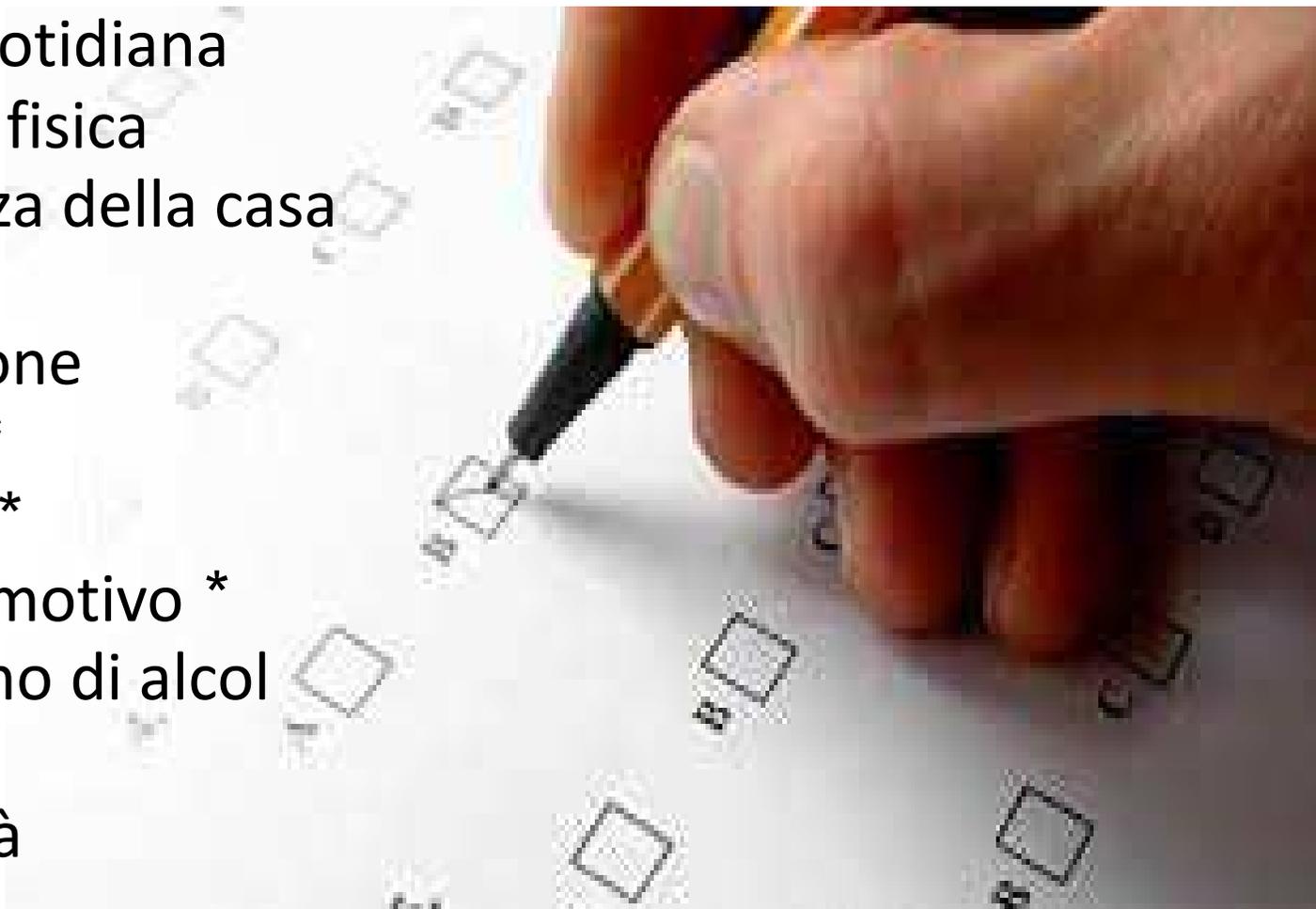
Dati raccolti durante la visita a domicilio

- Priorità di salute del paziente
- Patologie di base
- Assunzione effettiva di farmaci, aderenza e discrepanze alla terapia
- Allergie e reazioni avverse
- Curanti
- Servizi usati
- Persone di riferimento



ACCERTAMENTO Questionari

- Vita quotidiana
- Attività fisica
- Sicurezza della casa
- Ausili
- Nutrizione
- MMSE*
- Dolore *
- Stato emotivo *
- Consumo di alcol
- Udito
- Mobilità



- **Alcuni dati rilevati dall'accertamento iniziale innescano un approfondimento (Accertamento mirato per patologia)**

- **Impressioni dell'infermiere**

Steps per l'accertamento iniziale

- Contatto con il paziente
telefonico
Visita a domicilio consenso
informazioni scritte sul programma
- **Raccolta dati**
a casa del paziente
dalla documentazione nello studio del MMG
- Identificazione di
patologie croniche
caregiver
- Creazione con il MMG del Piano di Cura
durante la sessione di pianificazione

ACCERTAMENTO

Dati raccolti dalla documentazione del MMG

- Dati anagrafici
- Patologie di base
- Referti
- Farmaci prescritti
- Allergie e reazioni avverse
- Anamnesi
- Medici specialisti
- Persone di riferimento



**Accertamento
a domicilio**

CONFRONTO

**Accertamento
nello studio
del MMG**

Steps per l'accertamento iniziale

- **Contatto con il paziente**
 - telefonico
 - Visita a domicilio
 - consenso
 - informazioni scritte sul programma

- **Raccolta dati**
 - a casa del paziente
 - dalla documentazione nello studio del MMG

- **Identificazione di**
 - patologie croniche
 - caregiver

- **Creazione del Piano di Cura con il MMG durante il meeting per la pianificazione**

ELEMENTI BASE

**Impressioni
dell'infermiere
e del MMG**

**Priorità del
paziente**

**Patologie
croniche**

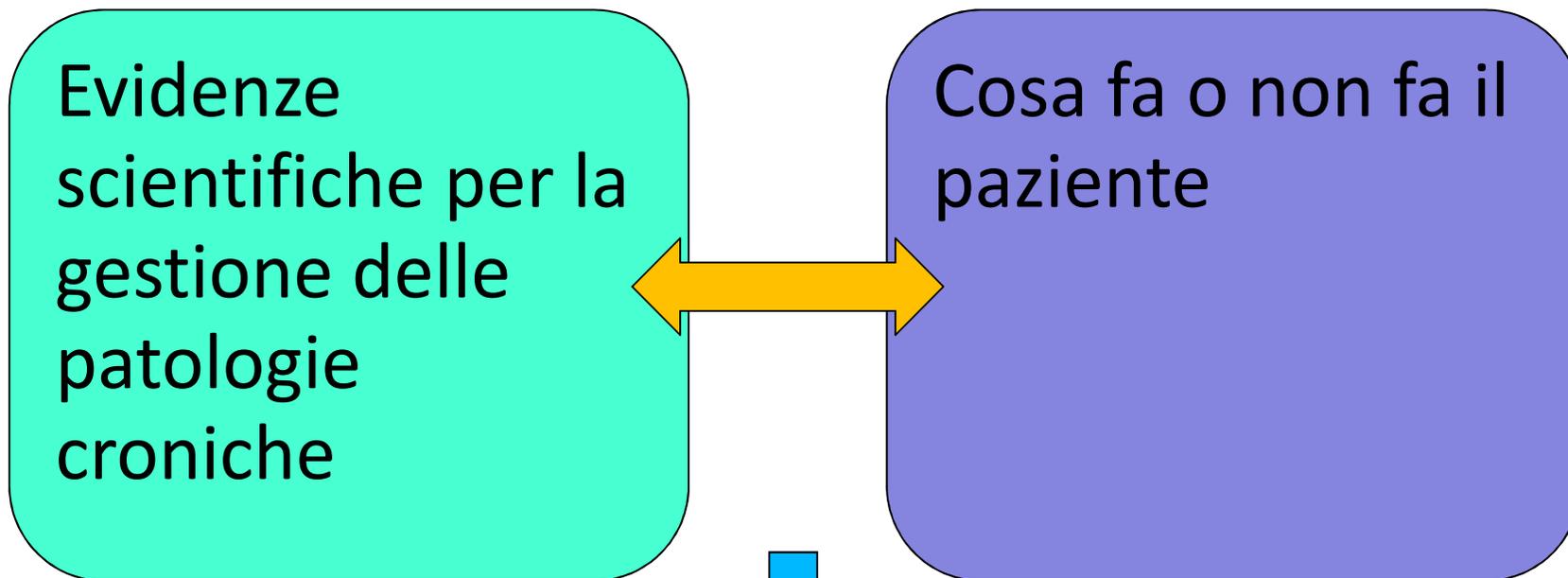


I dati raccolti vengono confrontati con le evidenze scientifiche disponibili (linee guida, PDTA..)

Si crea un piano di cura preliminare con indicazioni sanitarie e comportamentali utili a gestire e monitorare ogni singola patologia cronica del paziente

Durante il meeting di pianificazione MMG e infermiere discutono e modificano il piano per allinearlo alle circostanze uniche del paziente

CONFRONTO



SUGGERIMENTI

PIANO DI CURA

IL PIANO DI CURA

➤ COS'E'?

Un piano di assistenza basato su evidenze scientifiche

Riassunto conciso e sempre aggiornato della situazione del paziente

Strumento che riflette gli obiettivi e le intenzioni di paziente, caregiver, medico e infermiere

strumento di comunicazione

IL PIANO DI CURA

➤ QUANDO VIENE USATO?

Nelle transizioni tra luoghi di cura

Nelle sessioni di monitoraggio & coaching

FARMACI



- **Valutare la possibilità di interazione fra farmaci**
- **Risolvere eventuali discrepanze (riconciliazione)**
- **Valutare l'aderenza alla terapia**

Valutare insieme al MMG

➤ **Interventi e attività di monitoraggio più appropriati** tra quelli indicati dalle evidenze scientifiche (PDTA) per le patologie croniche

➤ **ALIMENTAZIONE**



➤ **ATTIVITA' FISICA**



Valutare insieme al MMG

- con che frequenza far venire il paziente **in studio per le visite** di routine
- frequenza **visite specialistiche**
- vaccinazioni e screening
- necessità di piccole modifiche in casa
- necessità di consulenze

OBIETTIVI

- Riflettono le intenzioni del MMG
- Riflettono ciò che può essere realistico o sicuro per il paziente



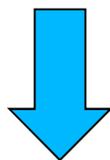
SEGNALI DI PERICOLO

- Sono indicatori che richiedono attenzione
- L'infermiere li usa durante il coaching
- Indicano quando i pazienti devono chiamare o riferire i sintomi



CREARE IL PIANO DI CURA

- Usare le decisioni prese durante il meeting per la pianificazione per modificare il piano di cura preliminare



PIANO DI CURA

priorità del paziente
accertamento
raccomandazioni
piano terapeutico del MMG

CREARE IL PIANO DI AZIONE

- Versione “amichevole” del Piano di Cura
- Scritto in caratteri ampi e linguaggio semplice
- Posizionato in posto preminente in casa

PIANO DI AZIONE

- Utile per ricordare al paziente :

di assumere i suoi medicinali

di eseguire attività fisica

osservare alimentazione corretta

monitorare parametri (peso , pressione arteriosa...)

seguire i follow-up con i curanti

- Riporta i sintomi e le situazioni in cui il paziente e/o il caregiver devono chiamare l'infermiere o recarsi al PS

MOMENTO PER

- educare il paziente su come usare il Piano di Azione
- chiarire ogni discrepanza riguardo i farmaci
- fare da coach per i cambiamenti di stile di vita
- costruire un rapporto di fiducia



Lorena M. Guerra

STRATEGIE E PRIORITÀ PER PIANIFICARE E ORGANIZZARE IL LAVORO

E

IL COORDINAMENTO CON LA COT

- **Comunicare con il paziente/caregiver**
- **Comunicare con il Medico di Medicina Generale**
- **Costruire il Team**
- **Il collegamento con la COT**

COMUNICARE CON IL PAZIENTE

**IDENTIFICARSI SPIEGANDO IL PROPRIO
RUOLO E COME POTRETE LAVORARE
INSIEME**

**PRENOTARE L'ACCESSO DOMICILIARE E
RICORDARE AL PAZIENTE CHE
L'INTERVISTA DURERA' CIRCA UN' ORA**

**CHIAMARE IL PZ. PER CONFERMARE LA
VISITA**

INDOSSARE IL CARTELLINO IDENTIFICATIVO

**AVERE CON SÉ UNA BROCHURE
ESPLICATIVA DELLA PROPRIA FUNZIONE**

RACCOGLIERE LA STORIA CLINICA

**AL TERMINE DELL'INTERVISTA LASCIARE I
NUMERI DI RIFERIMENTO**

- **DOMANDE CHE POSSANO STIMOLARE RISPOSTE ESAUSTIVE (aperte)**
- **ACCENTO SUI COMPORAMENTI VIRTUOSI**
- **RIPETIZIONE DELLE AFFERMAZIONI DEL PAZIENTE PER EVITARE DUBBI O FRAINTENDIMENTI**
- **ELENCO DEI PUNTI TRATTATI (sommario)**

**OPPORTUNITÀ DI
OSSERVARE OGNI SEGNO
DI EVENTUALI
MALTRATTAMENTI O DI
INCURIA E NEGLIGENZE.**

“DIFFERENZE CULTURALI”

**COMPRENSIONE,
APERTURA E RISPETTO
PER QUANTO RIGUARDA IL
CONCETTO DI SALUTE E
DI ASSISTENZA, STILE DI
VITA, CREDENZE,
PREFERENZE E VALORI**

**CONTATTI PROGRAMMATI, ALMENO
MENSILI (generalmente via telefono)**

EXTRA (in caso di problemi o dubbi)

**RIFERIMENTO ALLA COT AL DI FUORI
DELL'ORARIO**

RISPONDERE PRONTAMENTE

DIRE IL PROPRIO NOME

**OTTENERE IL NOME E IL N.RO DEL
CHIAMANTE**

**PARLARE DIRETTAMENTE CON LA PERSONA
CHE HA IL PROBLEMA, SE POSSIBILE E SE
APPROPRIATO**

REGISTRARE DATA E ORA DELLA CHIAMATA

**REGISTRARE NOME, ETÀ E SESSO DELLA
PERSONA CHE HA IL PROBLEMA**

**RIPETERE CIÒ CHE VIENE DETTO, O
PARAFRASARE, PER ASSICURARSI CHE SIA
COMPRESO DA AMBO LE PARTI**

**ASSICURARSI CHE IL CHIAMANTE CONOSCA
IL PIANO DI AZIONE**

**ELENCARE E REGISTRARE I PUNTI
PRINCIPALI CHE SONO STATI TRATTATI**

**INFORMARE IL PAZIENTE SU COME
PROSEGUIRE LA CURA O SU QUANDO
CHIAMARE IL MEDICO**

**CHIEDERE AL CHIAMANTE DI RIPETERE I
CONSIGLI CHE SONO STATI DATI**

**CHIEDERE SE LA PERSONA HA ALTRE
DOMANDE O PREOCCUPAZIONI**

**PERMETTERE ALLA PERSONA DI
DISCONNETTERSI PER PRIMA, PER ESSERE
CERTI CHE NON ABBIAM QUALCOS'ALTRO DA
CHIEDERE**

COMUNICARE LA CHIAMATA AL CURANTE

INTERVISTA MOTIVAZIONALE

**IMPRONTATA ALL'EMPATIA
E ALLA COMPrensIONE DEI
BISOGNI DEL PAZIENTE**

IDENTIFICA GLI OSTACOLI

PERMETTE DI SVILUPPARE STRATEGIE

**RENDE IL PAZIENTE IN GRADO DI
PARTECIPARE ATTIVAMENTE ALLA
PROPRIA ASSISTENZA**

Intervista Motivazionale

**AIUTA IL PAZIENTE A RICONOSCERE I
REALI BISOGNI DI SALUTE**

**SUPPORTA IL PAZIENTE NEL
CAMBIAMENTO**

**COSTRUISCE LA FIDUCIA E LA
CONVINZIONE NELLA CAPACITA' DI
CAMBIAMENTO**

Intervista Motivazionale

DEVE SVILUPPARE E MANTENERE
COMPORAMENTI VIRTUOSI

CHIARIRE LE DISCREPANZE FRA I
COMPORAMENTI ATTUALI E GLI
OBIETTIVI DI SALUTE

Intervista Motivazionale

- **DARE AL PAZIENTE/CAREGIVER**
INFORMAZIONI
CONSAPEVOLEZZA
- **SPIEGARE L'OPPORTUNITÀ DI**
MIGLIORARE ALCUNI ASPETTI
DELLA SUA VITA
- **ESPLORARE CON IL PAZIENTE QUALI**
SIANO I COMPORTAMENTI PIÙ UTILI
DA ADOTTARE

EVITARE

**DISCUSSIONI, RESISTENZE E
CONTRASTI**

***concordare con il paziente le
strategie da seguire***

LASCIARE LIBERTÀ DI SCELTA

**IL PAZIENTE HA SPESSO
ATTEGGIAMENTI AMBIVALENTI**

***DOBBIAMO PORRE L'ACCENTO SUI
SUCCESSI (anche piccoli) E NON
SUI FALLIMENTI CHE IL PAZIENTE
POTREBBE SPERIMENTARE***

***CAMBIARE I COMPORTAMENTI
ERRATI
E STIMOLARE I
COMPORTAMENTI VIRTUOSI
È UN PROCESSO LUNGO
E DIFFICILE.***

IMPORTANZA DEL CAMBIAMENTO

PERCHÉ DOVREI CAMBIARE? →

**È IMPORTANTE QUESTO RISULTATO PER ME?
QUANTO E' IMPORTANTE?**

FIDUCIA NEL CAMBIAMENTO :

" SARO' IN GRADO DI FARLO!?!"

COACHING DEI PAZIENTI NON - ADERENTI

**CAPIRE QUALI SONO GLI OSTACOLI CHE
IMPEDISCONO DI RAGGIUNGERE GLI
OBIETTIVI CONCORDATI**

**SCOPRIRE SE E COME IL PAZIENTE LAVORA
PER SUPERARE GLI OSTACOLI**

**STIMOLARE IL PAZIENTE A RAGGIUNGERE
GLI OBIETTIVI INDIVIDUATI**

**QUELLO CHE DETERMINA UNA
BUONA COMUNICAZIONE *NON E'*
“QUANTO BENE DICIAMO LE COSE”**

MA SOPRATTUTTO

**“QUANTO SIAMO COMPRENSIBILI
IN QUELLO CHE DICIAMO”**

- MENO SPOSTAMENTI**
- CONSULENZA RAPIDA**
- ACCESSO RAPIDO A CONSIGLI
SULL'AUTOGESTIONE DELLA
MALATTIA E SUI TRATTAMENTI**
- MINORI COSTI**

PERDITA DELLA COMUNICAZIONE NON-VERBALE

**IMPOSSIBILITÀ DI UN ESAME DIRETTO DEL
PAZIENTE**

**POCO UTILIZZABILE CON ALCUNE TIPOLOGIE DI
PAZIENTI**

(es: deficit cognitivi, ipoudenti, stranieri)

PER L'INFERMIERE

**RISCHIO DI NON
RICONOSCERE
UN'EMERGENZA
TRATTABILE**

**RISCHIO DI
DECISIONI
PREMATURE**

CRITICITA' DEL CONTATTO TELEFONICO PER IL PAZIENTE

**FRAINTENDIMENTO
DELLE ISTRUZIONI
O DEI CONSIGLI
RICEVUTI**

**FRUSTRAZIONE O
RABBIA PER LA
MANCANZA DI
CONTATTO**

**I PAZIENTI VERRANNO INCORAGGIATI
AD AVVISARE L'INFERMIERE PRIMA O
DURANTE IL RICOVERO IN OSPEDALE
O L'ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO**

- ◆ **APPENA L'INFERMIERE VIENE A SAPERE DEL RICOVERO FORNIRA' AL REPARTO, POSSIBILMENTE ENTRO 24 H, IL PIANO DI CURA AGGIORNATO**
- ◆ **FARA' VISITA AL PAZIENTE IN REPARTO E CONTATTERA' IL PERSONALE OSPEDALIERO PER OTTIMIZZARE L'ASSISTENZA DOPO IL RICOVERO**

**AGGIORNERA' IL MEDICO DI
MEDICINA GENERALE SUL
RICOVERO E SULLE
CONDIZIONI DEL PAZIENTE**

**SI ASSICURERA' CHE IL
PAZIENTE VEDA IL MMG IL
PRIMA POSSIBILE DOPO LA
DIMISSIONE**

PREPARERA' IL PAZIENTE E LA FAMIGLIA ALLA DIMISSIONE

FARA' VISITA AL PAZIENTE A DOMICILIO ENTRO 1-2 GG DALLA DIMISSIONE PER VALUTARE I FARMACI, ASSICURARSI CHE IL PZ E IL CAREGIVER SAPPIANO COSA FARE, DARE CONSIGLI

***IL CAREGIVER GIOCA UN RUOLO
ESSENZIALE E PREZIOSO NELLA CURA
DELLA SALUTE DEL PAZIENTE***

IDENTIFICARE IL CAREGIVER

STABILIRE UN RAPPORTO

LAVORARE IN COLLABORAZIONE

VALUTARE LA NATURA DELL'AIUTO

VALUTARE LA COMPETENZA

**CONOSCERE/CAPIRE LE DIFFICOLTÀ
INCONTRATE DAL C.G.**

**DARE AL C.G. L'OPPORTUNITÀ DI
RICONOSCERE I PROPRI BISOGNI**

**FORNIRE UNA LISTA DI SERVIZI O
RISORSE CHE POTREBBERO ESSERE
DI AIUTO (es: gruppi di sostegno)**

ATTENZIONE

**SENSO DI COLPA
DEPRESSIONE
BURN-OUT**

COSTRUIRE IL TEAM

**PERFEZIONARE UN TEAM
EFFICACE ED EFFICIENTE
SARÀ UN PROCESSO
LUNGO E DINAMICO**

IMPEGNO,
RISPETTO,
FLESSIBILITÀ,
POSSIBILITÀ DI FEEDBACK
COSTANZA E PAZIENZA
DA PARTE DI TUTTI I
COMPONENTI

BREVE

BEN ORGANIZZATO

CONCRETO

COMPRENSIBILE

- **SINTESI CONCISA E AGGIORNATA**
- **STORIA CLINICA**
- **PATOLOGIE**
- **TERAPIA ATTUALE**
- **PARAMETRI RECENTI**
- **PIANI ASSISTENZIALI**

SITUAZIONE *qual'è il problema*

BACKGROUND *storia concisa*

ACCERTAMENTO *valutazione*

RACCOMANDAZIONI

FINALITA'

**OTTENERE IL
MIGLIORE STATO DI
SALUTE/BENESSERE
POSSIBILE PER IL
PAZIENTE**

***E' importante salvaguardare
il tempo dedicato
all'incontro***

**INFERMIERI CASE MANAGER ESPERTI CLINICI
NELL'ACCERTAMENTO DEI BISOGNI DELLA
PERSONA "PROTETTA" E DEL CAREGIVER**

OPERATIVI H 24

**COMPETENTI ED AGGIORNATI IN
EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE E
DEL CAREGIVER**

**COMPETENZE AVANZATE ASSISTENZIALI
E RELAZIONALI**

**CONOSCENZA APPROFONDATA DELLE
RISORSE DEL TERRITORIO**

COMPETENZE DECISIONALI

NUMERO VERDE DEDICATO (a breve)

IMPLEMENTAZIONE CARE MANAGEMENT IN CHF

DA CHI INIZIARE?

- NON SI INIZIA DA UN 94 ENNE?
MA VA RIVALUTATA
PERCHE' E' MOLTO + INSTABILE
- 94 ANNI
- PERCHE' HA UN GRADO DI COMPROMISSIONE NON ELEVATO
- 70ENNE
- SU CUI SI PUO' LAVORARE
- PRENDERE IN CASO PERSONE NON ANCORA GRAVI
- CLASSE NYHA 2 E 3
- ULTRA 75 ENNI
- PERCHE' IL 75% E' ULTRA 75
- LE PERSONE SENSIBILI ALL'INTERVENTO EDUCATIVO/ASSISTENZIALE
- > COMPLIANCE
- CRITERIO DI SELEZIONE MISTA
- 30% COMPLIANCE/EFFICACIA
70% CRITERIO CLINICO
- TOGLIERE NYHA 2
- ALTO RISCHIO DI OSPEDALIZZAZIONE/REOSPEDALIZZAZIONE
- I PZ CON RICOVERO NELL'ULTIMO ANNO
- NON SOLO RICOVERO MA ANCHE PZ SEGUITI CON DIFFICOLTA'
- SCARSA ASSISTENZA
INAPPROPRIATA ASSISTENZA
AD ES° IN CENTRI SERVIZI
- PZ CON COMPLESSITA' CLINICA ELEVATA
- GLI ACCESSI INAPPROPRIATI AL PS

PUO' ACG AIUTARCI IN QUESTO????

ACG E CURE PRIMARIE

CHE RISPOSTA AI SINGOLI BISOGNI DEL PZ?

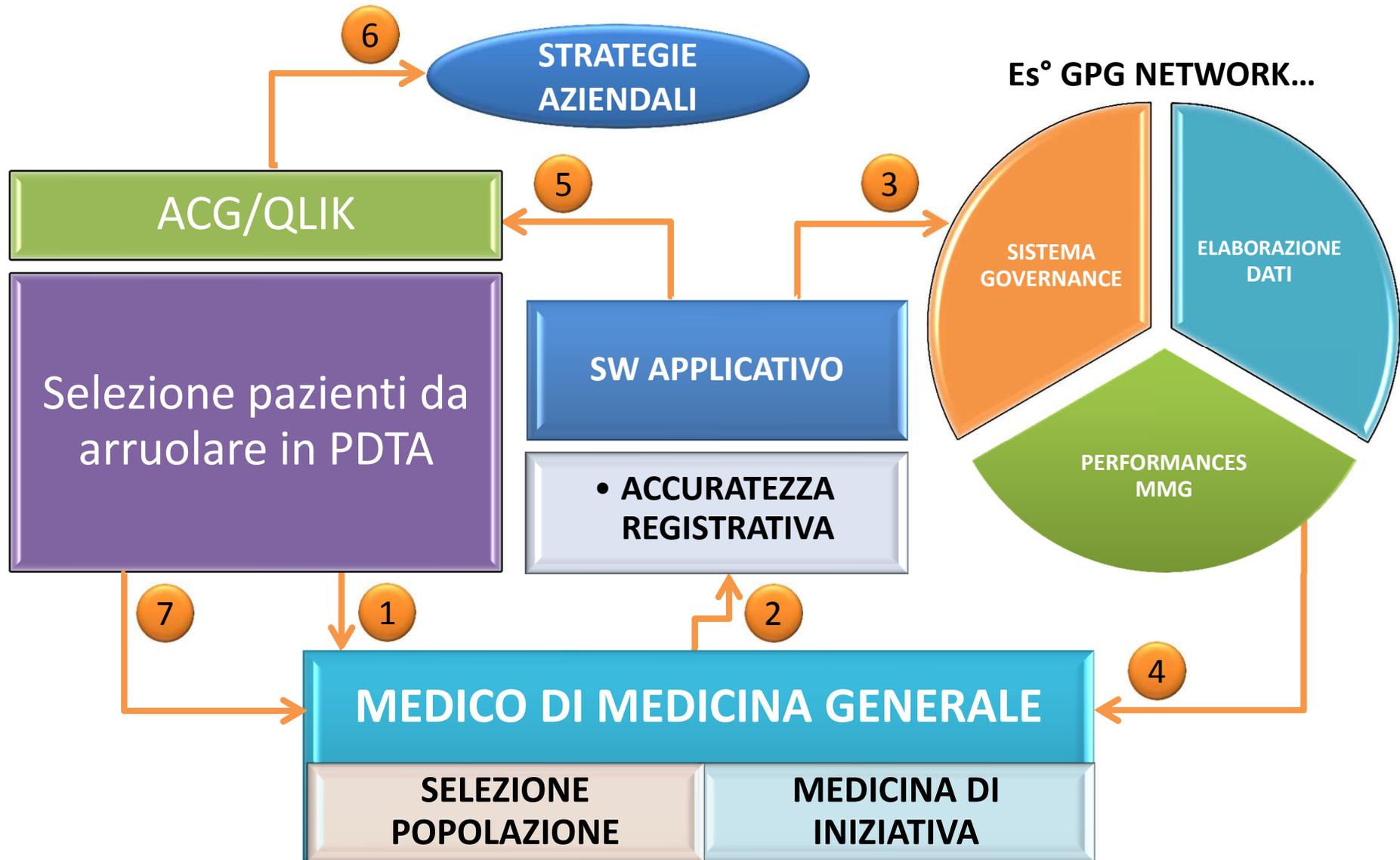
- SETTORIALIZZARE L'INTERVENTO
- PAI
- ACCESSO CONGIUNTO CON INFERMIERE CASE MANAGER
- PRESENTAZIONE SERVIZIO
PREDISPOSIZIONE PIANO DI AZIONE
VERIFICA CONGIUNTA A CADENZA MENSILE
DISCUTERE CON IL PZ TERAPIA E STILI DI VITA
- SCHEDE DI MONITORAGGIO
- VALIDATE
- SE PZ A DOMICILIO
- ACCESSO CONGIUNTO INF MMG
- SE PZ IN H
- ACCESSO INF IN H
LA LETTERA DI DIMISSIONE NON BASTA
- DARE AL PZ UN "PUNTO DI RIFERIMENTO" SICURO
- ANCHE TELEFONICO
- AZIONI
- PROCEDURE ASSISTENZIALI/CLINICHE
RACCOLTA DATI IN SUPPORTO
PROGRAMMARE INTERVENTO
STABILIRE SITUAZIONI DI ALERT
- ACCERTARSI DELLA COMPLIANCE DEL PZ
- DECIDERE I CUT OFF DI ACCESSO IN OSPEDALE
- PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI SECONDO LIVELLO
- VALUTARE LE RAGGIUNGIBILITA' DEGLI OBIETTIVI
- MISURAZIONE PESO
- VALUTAZIONE TERAPIA
- OTTIMIZZAZIONE
MONITORATA E AGGIORNATA
- VALUTAZIONE DIURESIS

RIFERIMENTO ALLE LINEE GUIDA SULL'ATTIVITA'

BARRIERE

- LE ASPETTATIVE DEI FAMILIARI
- PROFESSIONISTI INTORNO AL PZ CHE NON SI PARLANO
- SOLUZIONE UNICO S.I.
- FATTORE TEMPO
- CONTRATTO DI MDGI IN SOSPELO
- NON APPLICABILITA' TOTALE DELLE MDGI

MANDATO DI STIMOLO ALLA RIORGANIZZAZIONE TERRITORIALE



FASE 1 – GENERAZIONE LISTA INIZIALE CASI **(a cura del data manager - entro fine** **febbraio)**

- 1. Generazione lista assistiti con scompenso cardiaco (selezione di EDC=CAR05) per i 2 MMG individuati a partire dal dataset ACG aziendale anno 2013**
- 2. Eliminazione dei deceduti ad oggi**
- 3. Consegna lista all'infermiere che interagirà con il MMG (“lista iniziale”) – Es. Excel.**

FASE 2 – REVISIONE DELLA LISTA INIZIALE (a cura del MMG – entro fine marzo)

- 1. Il MMG integra le diagnosi dei pazienti della “lista iniziale” con eventuali diagnosi non indicate (codice ICD9-CM) e con la relativa data di diagnosi.**
- 2. Il MMG aggiunge alla “lista iniziale” eventuali ulteriori pazienti con scompenso non segnalati da ACG con tutte le relative diagnosi e data di diagnosi, generando la “lista integrata”**

Casistica di interesse

Presenza di EDC=CAR05 – Scompenso Cardiaco C.

ICD9 Code	Description
39891	Rheumatic Heart Failure (congestive) Rheumatic left ventricular failure
415	Acute Pulmonary Heart Disease
4150	Acute Cor Pulmonale
416	Chronic Pulmonary Heart Disease
428	Heart Failure
4280	Congestive Heart Failure, Unspecified Congestive heart disease; Right heart failure (secondary to left heart failure)
4281	Left Heart Failure {Acute edema of lung} {Acute pulmonary edema} with heart disease NOS or heart failure; Cardiac asthma; Left ventricular failure
4282	Systolic Heart Failure
42820	Systolic heart failure, unspecified
42821	Systolic heart failure, Acute

FASE 2 – REVISIONE DELLA LISTA INIZIALE (a cura del MMG - entro fine marzo)

- 3. Il MMG segnala quali pazienti della lista integrata sono in casa di riposo e quali non sono più in carico alla data odierna (es. cambio MMG)**
- 4. Il MMG restituisce la “lista integrata” all’infermiere che la consegna al Data Manager**
- 5. Fine delle competenze del MMG**

FASE 3 – GENERAZIONE LISTA FINALE CASI (a cura del data manager)

- 1. Il Data Manager rielabora con ACG l'intero archivio 2013 inserendo nel Medical Services Datafile tutte le diagnosi segnalate dal MMG con data inferiore al 1/1/2014**
- 2. Il Data Manager reinvia al MMG l'elenco dei pazienti con le variabili ACG aggiornate (“lista finale”).**

PERIODO DI RIFERIMENTO

A. Anno 2013

L'estrazione delle liste verrà inizialmente effettuato a partire dall'archivio ACG 2013; eventuali casi segnalati dal MMG che non rientrano in tale archivio vanno, in questa fase, tenuti in una lista di riserva, da usare solo per le decisioni cliniche e per il reclutamento nel programma di care management

ARCHIVI DI RIFERIMENTO

B. Anno 2014

Quando saranno disponibili i dati 2014 (indicativamente maggio 2015) verrà applicata la stessa metodica per identificare i nuovi casi di scompenso del 2014 da avviare al care management.

A luglio i data managers saranno in grado di produrre una lista nuova e piu' aggiornata di pazienti potenzialmente reclutabili nel programma di care management.

OPERATIVAMENTE

1. Esportazione dal dataset ACG del «Patients and ACG Results» (Tools/Export):
 - Filtri: EDC contains CAR05; line of business (stato in vita)=1; pcp_id=..... (MMG di interesse)
 - selezione di alcuni campi (id paziente, età, sesso, ACG, probabilità di ospedalizzazione,...)
2. Strutturazione file per il MMG (**formato in excel**)
3. Generazione del «Patient Clinical Profile Report» con i medesimi filtri (Menu Analyze) – File PDF di consultazione per il MMG



Il paziente complesso affetto da scompenso cardiaco e il piano di assistenza tra MMG e Infermiere

Maurizio Cancian - MMG

1. Come vengono **INDIVIDUATI** i pazienti?



- LISTE DI PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO GENERATE DAL SISTEMA ACG, VALIDATI DAL MMG



- INTEGRAZIONE CON ALTRI PAZIENTI SCOMPENSATI SULLA BASE DEL GIUDIZIO CLINICO DEL MMG DERIVANTE SIA DAI DATI CLINICI CHE DALLA CARTELLA CLINICA.

2. Come decidere chi selezionare dalle liste?



- PAZIENTI CON COMORBIDITA', CON RICOVERI RICORRENTI, CHE VEDONO PIU' SPECIALISTI DURANTE L'ANNO E CHE PRENDONO MOLTE MEDICINE.
- PERSONE CON SITUAZIONI SOCIALI DIFFICILI
- PAZIENTI AD ALTO RISCHIO CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI (complessita' organizzativa e gestionale piu' che complessita' clinica) .
- PAZIENTI NON COMPLIANTI

Definizione di Fragilità

- ***Complessa e molteplice in letteratura***
- ***Condizione polifattoriale che comporta***
 - ***un alto rischio di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale***
 - ***un elevato consumo di risorse***

Definizione - Letteratura

<i>Fisk AA 1983</i>	Problemi della funzione fisica, della cognitività e dei supporti sociali di gravità tale da richiedere un intervento multidisciplinare
<i>Vaupel JW 1988</i>	Rischio di mortalità in eccesso rispetto a soggetti della stessa età nella popolazione
<i>Woodhouse WK1988</i>	Età > 65 anni, dipendenza nelle ADL
<i>Pannill FC. 1991</i>	Disabilità associata a più di 3 diagnosi mediche
<i>Mayer-Oakes SA 1991</i>	Soggetti di età superiore a 75 anni con riduzione dello stato funzionale

Definizione - Letteratura

<i>Winograd CH 1991</i>	Una delle seguenti condizioni: 1) Ictus cerebrale; 2) Malattia cronica disabilitante; 3) Episodi confusionali; 4) Disabilità in una o più ADL; 5) Cadute; 6) Ridotta mobilità; 7) Incontinenza; 8) Malnutrizione; 9) Farmaci multipli; 10) Piaghe da decubito; 11) Allettamento prolungato; 12) Uso di mezzi di contenzione; 13) Problemi sensoriali; 14) Problemi socio-economici o familiari.
<i>Buchner DM 1992</i>	Riduzione della riserva fisiologica nei sistemi di controllo neurologico, nella performance fisica e nel metabolismo energetico
<i>Schulz R 1993</i>	Discrepanza tra richieste ambientali, supporti sociali e capacità fisica e cognitiva del soggetto
<i>Ory MG 1993</i>	Grave compromissione della forza, della mobilità, dell'equilibrio e della resistenza

Definizione - Letteratura

<i>Boaz RF 1994</i>	Disabilità secondaria ad un episodio acuto e mancato recupero entro tre mesi
<i>Rockwood K 1994</i>	Dipendenza nelle ADL, istituzionalizzazione
<i>Mulrow CD 1994</i>	Residenti in <i>Nursing Home</i> e dipendenti in almeno 2 ADL
<i>Evans LK 1995</i>	Età superiore a 65 anni con problemi medici complessi, che vivono al loro domicilio e necessitano di servizi multipli, inclusa la riabilitazione
<i>Brown I 1995</i>	Riduzione della capacità di svolgere le attività pratiche e gestire i rapporti sociali nella vita quotidiana

Definizione - Letteratura

<i>Gloth FM 1995</i>	Età > 65 anni, istituzionalizzazione, comorbilità
<i>Raphael D 1995</i>	Incapacità di svolgere importanti funzioni fisiche e sociali in relazione alla domanda ambientale
<i>Sager MA 1996</i>	In pazienti ospedalizzati: Età avanzata, basso punteggio al MMSE, disabilità nelle IADL prima del ricovero
<i>Siu AL 1996</i>	Età > 65 anni, biologicamente instabile, con limitazioni funzionali di recente insorgenza o sindromi geriatriche potenzialmente reversibili
<i>Grunfeld E 1997</i>	Demenza o condizioni terminali
<i>Maly RC 1997</i>	Depressione, incontinenza urinaria, cadute, compromissione funzionale

“Alla domanda: chi è il tipico paziente anziano fragile?”

Risposta:

Pensa al più anziano, al più malato, al più complicato e al più instabile dei tuoi pazienti....

Affetto da patologie multiple, la cui presentazione è spesso atipica e portatore di deficit funzionali.

I suoi problemi sono cronici, progressivi e solo in parte reversibili....”

W. Hazzard, 1999

I pazienti fragili possono essere definiti:

Soggetti di **età avanzata** o molto avanzata,
affetti da **patologie multiple croniche**,
con stato di **salute instabile**,
frequentemente **disabili**,
in cui spesso gli effetti delle malattie e dell' invecchiamento
sono complicati da **problematiche di tipo socio-economico**.

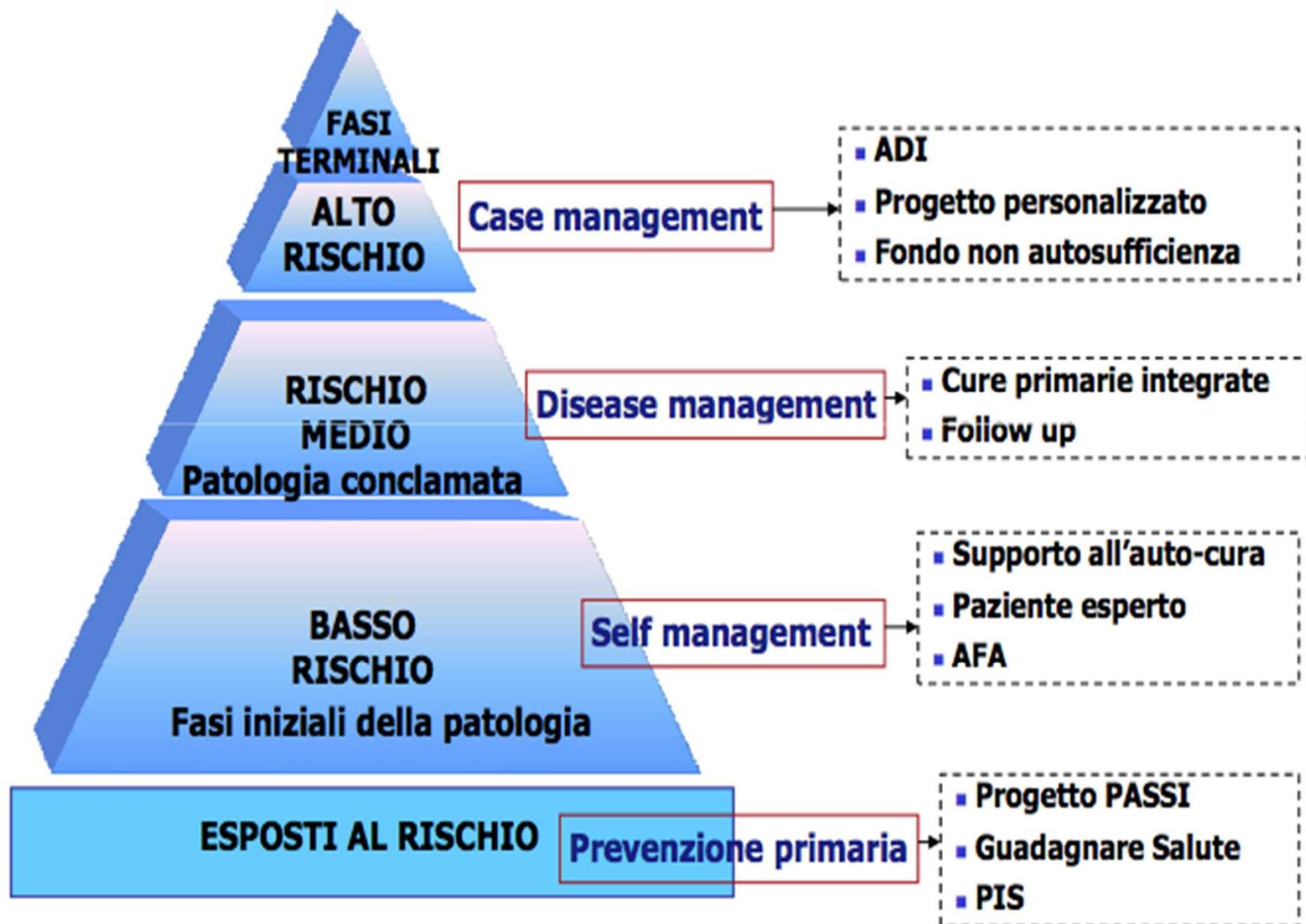
Clinicamente sono deboli, sarcopenici, adinamici, facilmente
vulnerabili sotto stress, subiscono negativamente
l' ospedalizzazione, sono ad alto rischio di disabilità

Il paziente fragile

*E' quindi soprattutto un soggetto con **alto rischio** di eventi avversi quali:*

- *malattie acute*
- *cadute, traumi, incidenti*
- *guarigione lenta*
- *effetti indesiderati da farmaci*
- *dipendenza*
- *ricovero acuto*
- *ricovero in Istituto*
- *morte*

Expanded Chronic Care Model – Strumenti di azione



Una “regia di sistema” per i malati con bisogni assistenziali complessi: azioni chiave

Per il malato con compromissione dell'autosufficienza o che necessita di monitoraggio-terapie evolute:

- non può bastare un unico operatore in grado di rispondere con competenza e sufficiente specializzazione a tutte le esigenze clinico assistenziali
- deve essere progettato, implementato e aggiornato ad ogni mutare delle esigenze, un piano di intervento personalizzato, multidimensionale e multiprofessionale, che assegni un ruolo a ciascun operatore/ente coinvolto

**Il Piano individuale personalizzato
per i malati con bisogni assistenziali complessi**

3. Priorità

- SITUAZIONI A PIU' ALTO RISCHIO NON SOLO DI RECIDIVA, DI RE-OSPEDALIZZAZIONE ... MA DAL PUNTO DI VISTA SOCIALE
- PAZIENTI CHE NON SONO IN GRADO DI AUTOGESTIRSI
- PAZIENTI CON CAREGIVER NON EDUCATO ALL'ASSISTENZA
- PAZIENTI CHE NON HANNO UN CAREGIVER



4. Reclutamento: telefonata, lettera o colloquio?



- Il MMG telefona o scrive o incontra i suoi pazienti individuati spiegando in cosa consiste il modello di presa in carico congiunto.
- Se interessati il medico li farà contattare dall'infermiere che fornirà ulteriori spiegazioni, risponderà a domande e prenderà appuntamento per andare in visita a far firmare il consenso (per lo scambio dei dati), l'infermiere lascerà materiale informativo a domicilio.
- La firma del consenso può essere fatta in studio o a domicilio in un eventuale accesso congiunto
- Condizione necessaria e' che il consenso sia già stato firmato per poter proseguire con la raccolta dati

5. Cosa possono fare il MMG e l'infermiere per favorire il lavoro di valutazione preliminare dalla cartella e a casa sul paziente?



- MMG condivide le informazioni con l'infermiere
- Infermiere dovrebbe poter accedere al database del MMG
- MMG e infermiere si aggiornano sui cambiamenti nello stato clinico dei loro pazienti comuni, specialmente ammissioni in ospedale, Pronto Soccorso o consulenze da specialisti modifiche della terapia, evoluzione dei parametri monitorati
- Ogni MMG deve incontrarsi con l'infermiere durante il suo inserimento per concordare come lavoreranno insieme per seguire i pazienti
- Il MMG dovrebbe anche presentare i pazienti selezionati all'infermiere durante le loro visite in studio e permettergli di osservare lo stile che usa il MMG per interagire con questi pazienti e con i loro caregiver
- Per ottimizzare la loro relazione lavorativa il MMG e l'infermiere prevedono degli incontri periodici per rifinire il loro modello di comunicazione e collaborazione

Cosa possono fare il MMG e l'infermiere nella stesura condivisa del piano di cura?



- ☑ definire gli obiettivi da raggiungere in base alle priorità del paziente, inclusi i target relativi ad aspetti di mobilità, attività fisica, alimentazione, ritmo sonno - veglia, idratazione, necessità di ausili.
- ☑ prescrivere la terapia, valutare le interazioni fra farmaci
- ☑ chiarire le red flags o allarmi (situazioni al verificarsi delle quali il paziente deve chiamare l'infermiere, il MMG o la CA, o recarsi al PS)
- ☑ valutare l'aderenza del paziente alla terapia
- ☑ decidere la frequenza delle visite in studio o a casa, incluse le visite domiciliari da parte del MMG
- ☑ esprimere il proprio giudizio
- ☑ valutare l'indicazione a visite o prestazioni specialistiche (es. vis cardiologiche, es. di laboratorio, es. strumentali) e la loro frequenza periodica.

**Programma individuale, empatia,
educazione, compliance, monitoraggio...**







Azienda ULSS 20 Verona



**Il paziente complesso affetto da
scompenso cardiaco, intercettato alla
dimissione ospedaliera**

Infermiere Zambon Anna

Padova 7 febbraio 2015

Caso clinico: il Sig. LAMPA DARIO

Paziente di 62 anni

**Noto dal 2009 per Cardiopatia ischemica non infartuale
evoluzione dilatativa**

Nel 2009 FE 20%

Nel 2009 impianto ICD in prevenzione primaria

**Successivo recupero della funzione contrattile globale del
Vsx fino ad FE 45%, ottobre 2011**

**In amamnesi: BPCO, ipertensione arteriosa, diabete mellito
tipo II, dislipidemia, obesità**

**Seguito periodicamente presso l'ambulatorio cardiologico
con cadenza semestrale; segnalata una non ottimale
compliance alla terapia farmacologica.**

IL RICOVERO IN CARDIOLOGIA SETTEMBRE '14

All'ingresso:

- **dispnoico in ortostatismo obbligato**
- **Imponenti edemi declivi agli arti inferiori con cute assottigliata e trasudante liquido sieroso**
- **Lesioni diabetiche pretibiali**
- **Diuresi scarsa**

**Trattato con diuretici
ev ad alte dosi:
importante calo
ponderale (22kg) in
15 gg**

**All'ecocardio
riscontro severa e
peggioramento
della FE16%**

PRE-DIMISSIONE

**Il counseling
predimissivo viene
effettuato
dall'infermiere, il
paziente e il
caregiver**

**Cardiologo e
infermiere dedicato
completato
l'algoritmo per
rischio di recidiva**

**Il cardiologo
contatta MMG del
paziente**

IL PAZIENTE VA A CASA CON...

Una prima educazione riguardo la sua situazione clinica

- **Un libretto informativo**
- **Il n di telefono dell'ambulatorio dedicato**
- **La card identificativa**

- **Una data concordata per l'accesso a domicilio dell'infermiere dedicato (03/10/14)**
- **Un appuntamento in ambulatorio dedicato entro 30 giorni dalla data di dimissione**



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640
Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236

UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA
Ospedale di San Bonifacio "G. Fracastoro"
Direttore Dr. Maurizio Anselmi



Vivere in salute

la malattia



Libretto personale sulla gestione dello Scompenso Cardiaco

**Azienda ULSS 20
Percorso Sanità d'Iniziativa
CARD IDENTIFICATIVA**

Cognome: Lampa Nome: Dario
Data di nascita: 1/1/1952
MMG: dott. Guido Di Rado Tel. XXXX

Ambulatorio Dedicato allo Scompenso Cardiaco
Tel 045/6138452 - 336/6436651
e-mail: ambulatorioscompenso@ulss20.verona.it

Data emissione: 29 ottobre 2014

A DOMICILIO



L'infermiere dedicato

accertamento

- Parametri del paziente

- Segni e sintomi dello scompenso

- Lesioni diabetiche

- Ambiente domestico

- Farmaci

- Valutazione della compliance terapeutica

- Presenza di figure di supporto nella vita del paziente

PIANO D'AZIONE DI Lampa Dario

Data: 1 ottobre 2014

Cardiologo: Frigo Giulia

Infermiere: Zambon Anna

Telefono ambulatorio: 045/6138452

PER STARE BENE DEVO:

- COMPRARE UNA BILANCIA E MI PESO 2 VOLTE ALLA SETTIMANA
- TENERE UN DIARIO DEL PESO
- ASSUMERE TUTTE LE COMPRESSE CHE PREPARA MIA FIGLIA
- CHIAMARE L'INFERMIERE DELL'AMBULATORIO DEDICATO SE AUMENTO DI PESO O SE MI SEMBRA DI URINARE MENO DEL SOLITO

INDICAZIONI DIETETICHE

- AI PASTI MANGIO CIBI SENZA GRASSI E CON POCO SALE
- BEVO AL MASSIMO UN LITRO DI ACQUA AL GIORNO



ATTIVITA' FISICA

- MI ALZO LA MATTINA ENTRO LE NOVE
- FACCIO PICCOLE PASSEGGIATE NEL CORTILE DI CASA

ALTRE INDICAZIONI

PROSSIMI CONTROLLI

- MI CHIAMA L'INFERMIERA PER SAPERE COME STO, IL GIORNO: 16 ottobre
- VADO IN AMBULATORIO DELLO SCOMPENSO PER LA VISITA DI CONTROLLO IL GIORNO: 29 ottobre ALLE ORE 8.00 A DIGIUNO.

DIARIO PERSONALE

	PESO	DIURESI	PRESSIONE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

Applicazione della Medicina d'Iniziativa ai pazienti dimessi con Scompenso Cardiaco

Terapia da assumere tutti i giorni

FARMACO	ORE 8	ORE 12	ORE 16	ORE 20	ORE 22	PERCHE' E' IMPORTANTE
						
Carvedilolo 12.5 mg	1 cp			1cp		Per regolare l'attività del cuore
Ramipril 2.5 mg	1 cp					Per controllare la pressione del sangue
Furosemide 25 mg	2 cp		2cp			Per aumentare la diuresi
Canreonato di k 50mg			1 cp			Per aumentare la diuresi e risparmiare il potassio
Ticlopidina 250mg	1 cp			1cp		Per rendere fluido il sangue
Simvastatina 40mg					1 cp	Per ridurre il colesterolo
humalog	Colazione	pranzo	e cena	secondo schema		Per abbassare la glicemia
lantus					20 UI	Per mantenere sotto controllo la glicemia

LA RETE



COUNSELING TELEFONICO

Intervista strutturata

Peso

Pressione arteriosa

Controllo diuresi

Dispnea

Altri segni e sintomi di scompenso



**Colloquio
telefonico**



Come sta?

VISITA AMBULATORIALE

Cardiologo

Visita medica e valutazione della terapia

Infermiere

- Accoglie il paziente
- ECG
- Peso/PA/Circonferenza addome
- Prelievi ematici
- Eventuale terapia diuretica infusiva
- Counseling

Infermiere e paziente

Concordano nuovo Piano d'Azione
Viene ricompilato e spiegato il foglio-terapia

Maurizio

Laura

Federica

Anna

Giulia

A nome di tutto l'Heart Failure Team

Grazie per l'attenzione

Cristina

Roberta

Elide

Elisabetta