

PDTA dello Scompensamento Cardiaco e case management infermieristico: what is the added value?

A cura di Giovannini Donatella*, Bernabucci Martina**, Frassini Serena**, Rasori Stefania***, Olivieri Roberto****
Nardella Nicola***** Capalbo Maria*****

* *Coordinatore H. Riuniti Marche Nord*

** *Infermiere H. Riuniti Marche Nord*

*** *Direttore Inf.co H. Riuniti Marche Nord*

**** *Dirigente Medico H. Riuniti Marche Nord*

***** *Direttore "UOC Rischio Clinico" H. Riuniti Marche Nord*

***** *Direttore Generale H. Riuniti Marche Nord*

Introduzione.

Lo Scompensamento cardiaco (SC) è una sindrome clinica complessa derivante da problemi cardiaci strutturali o funzionali che danno origine ad una serie di segni e sintomi di diverso grado .

Numerose sono le classificazioni che si ritrovano in letteratura sulla base della frazione di espulsione (ridotta rispetto a conservata), dello stato clinico (stabile rispetto a scompensato) o gravità dei sintomi.

Cronico è, ad ogni modo, il termine che rappresenta al meglio la patologia di qualsiasi natura o gravità essa sia in quanto connota la natura progressiva della malattia.

Lo Scompensamento cardiaco (SC) cronico rappresenta una delle principali cause di mortalità, morbilità ed assorbimento di risorse nei paesi occidentali. La prevalenza, pari circa al 2% della popolazione, cresce in maniera esponenziale con l'età ed è in continuo aumento per l'invecchiamento generale. Il DRG 127 "insufficienza cardiaca e shock" è numericamente al secondo posto dopo il parto non complicato e rappresenta la prima causa di ricovero negli over 65 anni.

I pazienti con scompensamento cardiaco hanno in genere più condizioni morbose, vanno incontro ad esacerbazioni imprevedibili, sintomi invalidanti, stato funzionale limitato e una scarsa qualità della vita¹.

Pertanto il fenomeno che gli anglosassoni chiamano "revolving door syndrome", ovvero "sindrome della porta girevole", cioè il continuo passaggio tra ospedale e domicilio, caratterizza fortemente la patologia.

Diventa fondamentale, a fronte della dimensione del fenomeno e del peso economico generato dallo SC garantire percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) inclusivi di efficaci interventi di "case management" infermieristico². L'articolo descrive l'esperienza di implementazione di un PDTA aziendale caratterizzato da interventi di presa in carico infermieristica precoce e follow-up strutturati al fine di ridurre i tassi di riammissione e migliorare gli outcomes.

Materiali e Metodi.

I pazienti con diagnosi di SC che si ricoverano in AORMN vengono segnalati con l'apposita scheda (fig.1) all'Infermiere Case Manager (ICM) dell'Ambulatorio dello scompensamento. Entro 72 ore dalla segnalazione l'ICM esegue un assessment della persona (fig.2) in base a criteri clinici stabiliti dal PDTA, definendo la tempistica di accesso nell'ambulatorio dedicato secondo i 4 codici di priorità. Tale modalità ha come obiettivo la presa in carico del paziente

e del caregiver prima della dimissione, l'automonitoraggio dei segni e sintomi, il coinvolgimento nell'adesione terapeutica e la programmazione ambulatoriale, evitando accessi non giustificati dalla situazione clinico-assistenziale che sottraggono posti ai reali casi di necessità. All'interno dell'ambulatorio dello scompenso, come parte integrante delle attività clinico-assistenziali, si è avviato un programma di follow-up telefonico effettuato secondo un calendario prestabilito ed una tempistica compatibile con il grado di stabilità del paziente. Il follow-up telefonico viene condotto seguendo una check list (fig.3) che include diversi items: condizioni del paziente, necessità di chiarimenti specifici, aderenza alla terapia farmacologica, monitoraggio dei parametri (pressione arteriosa, diuresi, peso). A supporto degli interventi di educazione terapeutica individuali si sono prodotti materiali informativi/educativi (video e cartacei) con strategie "health literacy" al fine di potenziare l'empowerment del paziente e del caregiver(Fig.4-5).

L'Infermiere Case Manager si occupa di determinare i bisogni educativi dei pazienti tenendo in considerazione caratteristiche quali il background culturale, l'età, le conoscenze pregresse: gli interventi individuali prevedono l'utilizzo di specifiche procedure che vengono descritte e mostrate al paziente e caregiver. (es. check list misurazione PA). fig 6.

Gli interventi collettivi si basano su incontri formativi pomeridiani con gruppi di pazienti e caregivers e sulla visione di filmati e video che vengono proposti nelle sedute di Day Hospital .

E' inoltre previsto per ogni paziente un diario per la registrazione giornaliera domiciliare dei parametri ritenuti indispensabili per monitorare la stabilità delle condizioni cliniche (peso, pressione arteriosa, diuresi, edemi difficoltà respiratorie ed eventuali variazioni di terapia). Fig.7

Fig.1 Scheda segnalazione

SCHEDE SEGNALAZIONE AMBULATORIO SCOMPENSO MODULO DA INVIARE VIA FAX N. 0721-882620	
Data segnalazione	Data dimissione prevista
Reparto di provenienza	Medico referente
PAZIENTE	
Telefono	Nato il
Familiari e caregiver	
Medico curante	
Mail	Telefono
CRITERI ACCESSO AMBULATORIO SCOMPENSO	
<input type="checkbox"/>	Scompenso cardiaco cronico riacutizzato in paziente già seguito presso Ambulatorio Scompenso
<input type="checkbox"/>	Scompenso cardiaco ad eziologia NON ricorrente (>1 episodio in 12 mesi) o ad alto rischio di riacutizzazione (classe NYHA III o IV, FEc 40-45%, valvulopatia > moderata, insufficienza renale stadio (IBB o a.s.b. angina residua). ALLEGARE VISITA CARDIOLOGICA O CONSULENZA CARDIOLOGICA. EVITARE PAZIENTE CON DIAGNOSI GENERICA DI SCOMPENSO CARDIACO
<input type="checkbox"/>	Cardiomiopatie (ipertrofica/aritmogena/restrittiva/dilatativa idiopatica/non compatta) indipendentemente dalla classe funzionale
Classe NYHA	
INGRESSO	NT-proBNP pg/mL BNP pg/mL
DIMISSIONE	NT-proBNP pg/mL BNP pg/mL
RICHIESTA PRESA IN CARICO	
<input type="checkbox"/>	entro 3 giorni previo contatto diretto con medico Amb Scomp
<input type="checkbox"/>	entro 10 giorni: NYHA III-IV o BNP > 500 o NT-proBNP > 5000
<input type="checkbox"/>	entro 30 giorni: NYHA II-III o BNP 250 - 500 o NT-proBNP 1000-5000
<input type="checkbox"/>	entro 60 giorni: NYHA I-II e BNP < 250 o NT-proBNP < 1000
RISPOSTA AMBULATORIO SCOMPENSO	
<input type="checkbox"/>	Paziente verrà contattato telefonicamente entro 72 ore dalla dimissione
<input type="checkbox"/>	Paziente verrà valutato dal Case Manager in reparto in data
<input type="checkbox"/>	Appuntamento presso l'Ambulatorio Scompenso in data

Fig.2 Scheda assessment Infermieristica

Limita l'assunzione di liquidi max 1.5 litri al giorno ricordando che sono presenti anche nella frutta, nelle minestre e nella verdura... In caso di sete succhia un cubetto di ghiaccio, bevi piccole quantità di acqua in più raramente e non mangiare cibi piccanti o salati.

• **Assumi correttamente le medicine:** assumi sempre tutte le medicine come ti sono state prescritte, non interrompere l'assunzione delle medicine quando ti senti meglio, non cercare di semplificare la prescrizione assumendo due dosi in una dose sola, non assumere altri farmaci (esempio: per il raffreddore o i dolori) senza aver consultato il tuo medico o l'infermiere dell'ambulatorio che ti segue, non restare mai senza medicine (acquista sempre una confezione di farmaco prima di finire la precedente).

• **Controlla quotidianamente il tuo peso:** (almeno due volte alla settimana, possibilmente al risveglio, a digiuno dopo la minzione, con lo stesso abito, e annotando il peso su un apposito diario da portare ai controlli ambulatoriali o riferire telefonicamente all'infermiere).

L'aumento rapido del tuo peso (2-3 kg in pochi giorni) ti aiuterà a riconoscere e prevenire l'accumulo di liquidi nel corpo. Quando il peso aumenta rapidamente, in accordo con il tuo medico o con l'infermiere dell'ambulatorio è opportuno variare la dose di diuretico.

Fig.6 Check list misurazione PA

CHECK LIST (da spiegare al paziente e commentarla con lui)

1. SIEDITI COMODAMENTE (secondo le raccomandazioni dette prima)
2. METTI IL BRACCIO STESO TENENDOLO ALL'ALTEZZA DEL CUORE
APPOGGIATO (o sul bracciolo della poltrona o se sei su una sedia, su di un tavolino davanti)
3. INSERISCI IL BRACCIO NEL BRACCIALE DELL'APPARECCHIO DELLA PRESSIONE
4. ACCENDI L'APPARECCHIO E QUANDO E' PRONTO,
5. PREMI START/AVA 
6. A MISURAZIONE AVVENUTA, RIMUOVI IL BRACCIALE
7. LEGGI I NUMERI CHE SONO APPARSI SULLO SCHERMO
8. ANNOTALI SUL TUO DIARIO 

COMPLIMENTI HAI FINITO!!!! 

DIARIO DOMICILIARE

NOME E COGNOME: _____

MESE DI:	PESO	PA	DIURESI (se peso aumentato)	Gonfiore alle gambe	Difficoltà a respirare	Variazione terapia
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						

Fig.7 Diario giornaliero

RISULTATI e DISCUSSIONE.

Sono state prese in considerazione le schede di segnalazione pervenute nel periodo gennaio-settembre 2017. Per l'analisi dei risultati è stato osservato un periodo di 12 mesi successivi alla segnalazione. Le segnalazioni (196) sono pervenute dalle seguenti Unità Operative: Medicina D'Urgenza MURG (33%), Pronto Soccorso/OBI (20%) Cardiologia (16%) Medicina (14%) Geriatria (8%)altri reparti (9%). **Grafico1.**

In base ai criteri definiti nel PDTA ogni richiesta veniva identificata con un codice di priorità per ottimizzare i tempi della presa in carico da parte dell'Ambulatorio dello Scompenso. Il 46% delle richieste ha ricevuto un codice di priorità di accesso a 30 giorni, il 34% a 10 giorni, il 16% a 60 giorni e solo il 5% a 3 giorni.

L'assenza di ricoveri e/o accessi in Pronto Soccorso intervenuti nell'intervallo tra dimissione e primo accesso all'Ambulatorio ha dimostrato l'efficacia e la sicurezza dell'assessment infermieristico e dei criteri identificati nel PDTA. I 196 pazienti sono stati visti/contattati dall'ICM entro 72 ore dalla segnalazione, come previsto dal percorso.

Una volta presi in carico dall'Ambulatorio dello Scompenso i pazienti venivano gestiti secondo un programma clinico_ assistenziale garantito da medico Cardiologo e Infermiere Case Manager con percorsi facilitati per gli specialisti delle varie discipline(Nefrologo, Internista, Diabetologo,etc).

Il programma di presa in carico dell'Infermiere prevedeva incontri formativi, consegna e visione di materiale informativo/educativo per incrementare la capacità di autogestione della patologia ed incrementare le competenze per riconoscere i segni e i sintomi di peggioramento della condizione.

Tale programma è stato una componente chiave per migliorare l'aderenza alla terapia e agli stili di vita raccomandati. La percentuale delle riospedalizzazioni a 365 giorni dalla presa in carico è passata dal 22 al 15,8% (media nazionale 19-22%).Tuttavia l'impatto sulle riospedalizzazioni complessive è stato modesto (<0.6%) in quanto solo il 12% dei pazienti ricoverati in Azienda per SC cronico viene segnalato secondo il percorso. La degenza media complessiva ha subito una discreta riduzione: da 10.4 a 9.5 giorni (meno 10%, media nazionale 9,1 giorni). Una più significativa riduzione della degenza media si è avuta nei reparti a maggiore segnalazione: Cardiologia da 10 a 8.7 giorni (meno 13%) e Medicina d'Urgenza da 5 a 4.2 giorni (meno16%).

Grafico 1:Provenienza segnalazioni

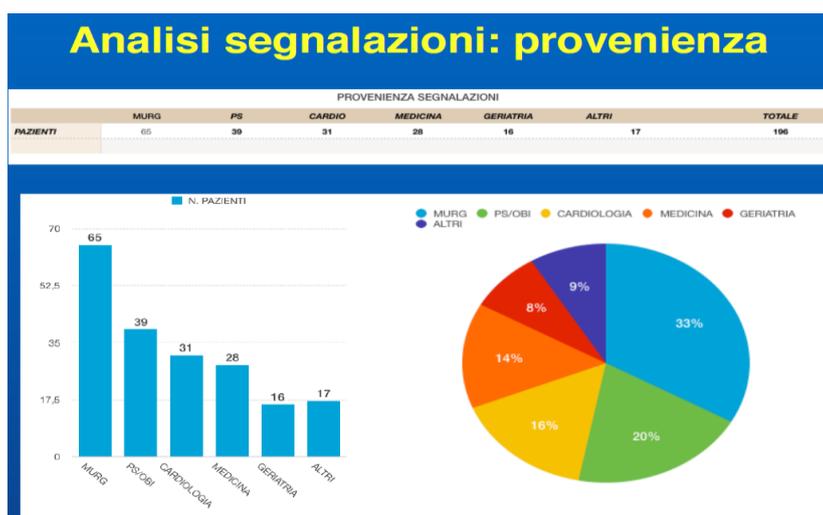
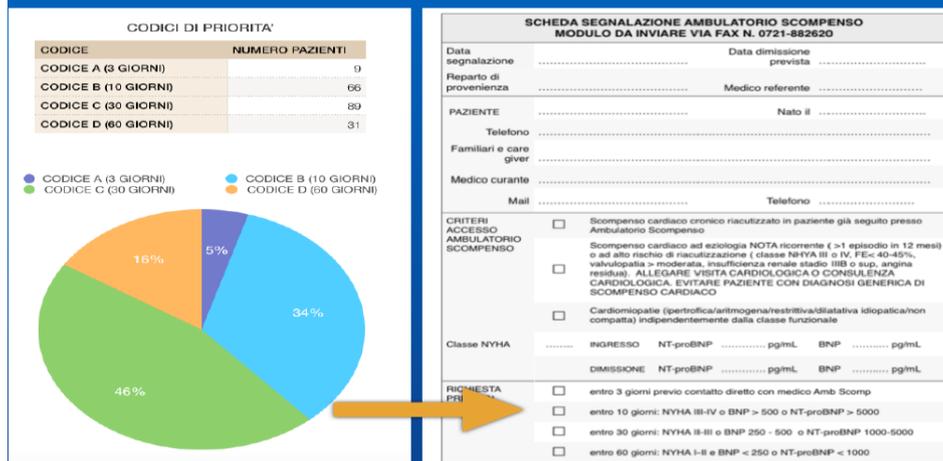


Grafico 2: Priorità attribuita alle segnalazioni

Analisi segnalazioni: PRIORITA'



CONCLUSIONI

La cronicità costituisce lo scenario con cui i professionisti e le istituzioni devono confrontarsi per sviluppare risposte assistenziali efficaci e sostenibili. I programmi di disease management affermano ormai da decenni l'importanza di implementare PDTA inclusivi di interventi di presa in carico infermieristica 3-4: programmi educativi per paziente e caregiver e strategie di follow-up strutturato sono considerate raccomandazioni forti dalle principali linee guida 5.

Il Percorso implementato ha definito le modalità di segnalazione/accesso alle strutture dedicate favorendo la corretta allocazione dei pazienti in base alle esigenze clinico-assistenziali; gli strumenti realizzati, Il programma educativo e di follow-up gestito da personale infermieristico esperto ed appositamente formato si è dimostrato un valido approccio per contribuire a ridurre le riammissioni ospedaliere nei dodici mesi successivi alla dimissione.

I risultati dell'esperienza naturalmente non possono essere imputabili alla sola introduzione di modelli ed interventi di case management infermieristico: d'altronde, in sanità, rari sono gli esiti riconducibili ad una sola disciplina o professionalità.

Bibliografia

- 1)Jaarsma et al. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart and Lung 2000 Volume 29, Issue 5, Pages 319–330
- 2)Feltner C, et al Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis .Ann Intern Med. 2014 Jun 3;160(11):774-84.
- 3)Zarea Gavvani V et al.The Efficacy of written information intervention in reduction of Hospital Readmission Cost in Patients With Heart Failure; A Systematic Review and Meta-Analysis. J Cardiovasc Thorac Res. 2015;7(1):1-5.
- 4)Lee Juhee et al The effectiveness of telephone-based post-discharge nursing care in decreasing readmission rate in patients with heart failure: a systematic review. The JBI Library of Systematic Reviews 2010. 8(32):1288-1303.
- 5)Clark RA et al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis BMJ. 2007 May 5; 334(7600): 942.