

PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO

A cura del Gruppo di lavoro multi disciplinare

SOMMARIO

1. PREMESSA E RIFERIMENTI
2. DESTINATARI E OBIETTIVI DELL'ASSISTENZA
3. OPERATORI COINVOLTI E LORO RUOLO NELLA GESTIONE
4. PERCORSO ASSISTENZIALE, COMPITI DEGLI OPERATORI E FOLLOW UP
5. INDICATORI DELL'ASSISTENZA
6. ALLEGATI (SCHEDE)

1. PREMESSA E RIFERIMENTI

Il PSR 2008-2010 prevede l'adozione del Chronic Care Model (CCM) quale modello per la gestione delle patologie croniche sul territorio, l'attivazione di team multiprofessionali (detti "moduli" in base all'ultimo accordo Regione-Sindacati) e lo sviluppo di percorsi assistenziali relativamente a cinque patologie (ipertensione arteriosa, diabete mellito, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, ictus), che risultano nelle fasi di acuzie causa della maggior parte degli accessi ai Pronto Soccorso.

L'Azienda USL9 è inserita nella sperimentazione del CCM e dei relativi "moduli" nei 4 distretti. Gli utenti in carico ai medici di medicina generale, partecipanti a tale sperimentazione, verranno inviati ai percorsi delle patologie croniche secondo un iter assistenziale integrato (operatori del territorio e laddove necessario ospedale) in grado di garantire, oltre che l'assistenza al malato cronico in fase di acuzie, l'assistenza proattiva propria della sanità di iniziativa nel tentativo di mantenere lo stato di compenso della malattia il più a lungo possibile per mezzo sia dei percorsi assistenziali integrati che dell'educazione allo stile di vita e all'autocura.

Alcuni dati disponibili sulle malattie croniche nel comprensorio della nostra ASL, attestano la necessità di una razionalizzazione ed una ottimizzazione del percorso assistenziale per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco: cioè tassi SRM (2002-2004) per mortalità per cardiopatia ischemica subacuta e cronica lievemente più alto di quelli regionali, soprattutto nelle zone collinari dell'interno; un tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco in lievissimo peggioramento dal 2006 al 2007, entro la media regionale (1258 => 1312); e un tasso di ricovero per scompenso cardiaco a 100.000 abitanti per anziani ultrasessantacinquenni poco sopra la media regionale (1400 vs 1317) nel benchmarking riferito al periodo gennaio-settembre 2008.

Piano Sanitario Regionale 2008/2010

Parere Consiglio Sanitario Regionale n° 37/2008 n° 45/2008 n° 01/2009

Delibera Regione Toscana n.467/2009

2. DESTINATARI E OBIETTIVI DELL'ASSISTENZA

Tale modello si rivolge ai pazienti con diagnosi di Scompenso Cardiaco sia sintomatico che asintomatico e saranno articolati secondo la gravità, le comorbilità e le condizioni di autosufficienza della persona malata.

Per ognuno dei pazienti all'inserimento nel percorso si programmerà un monitoraggio, a cadenze prefissate effettuate dal MMG affiancato dall'Infermiere del distretto, con counseling all'autocura (paziente esperto)

Il modello assistenziale si pone i seguenti obiettivi:

- assicurare ai cittadini affetti da scompenso cardiaco lo stesso livello assistenziale in ambito aziendale, secondo un protocollo cui tutti gli operatori sanitari dovranno attenersi

- garantire da parte di ogni MMG, con la presa in carico del paziente affetto da scompenso cardiaco, la corretta applicazione del percorso assistenziale ricorrendo, ove necessario, ad altre strutture aziendali sia ambulatoriali che ospedaliere

Nei pazienti asintomatici:

- Ritardare la comparsa dello scompenso cardiaco nei pazienti ad alto rischio
- Ritardare la progressione della disfunzione ventricolare sinistra a scompenso conclamato

Nei pazienti sintomatici:

- Migliorare la qualità della vita
- Educazione alla cura, all'autocontrollo e all'autonomia decisionale
- Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera
- Migliorare l'appropriatezza degli interventi intesa anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente con interventi appropriati
- Migliorare la compliance ai farmaci e alle misure relative allo stile di vita

3. OPERATORI COINVOLTI E LORO RUOLO NELLA GESTIONE

- MMG
- Infermieri
- Specialisti ospedalieri o ambulatoriali di riferimento
- Medici di Comunità
- Assistenti sociali
- Terapisti della riabilitazione

GESTIONE PROGRAMMATA PAZIENTI SCOMPENSATI			
Tipologia pazienti	Azioni	Attori	Note

Asintomatico ad alto rischio di SC (stadio A e B)	Identificazione soggetti a rischio per individuazione dei soggetti da inviare a Ecocardiografia	MMG 	<p>Criteria accesso</p> <ul style="list-style-type: none"> fattori di rischio (ipertensione arteriosa e/o diabete mellito, obesità) situazioni cliniche (insufficienza renale cronica, aterosclerosi polidistrettuale, assunzione prolungata di farmaci cardiotossici o radioterapia; familiarità per cardiomiopia) ipertensione arteriosa con danno d'organo diabete mellito complicato insufficienza renale cronica severa pregresso infarto miocardio malattia valvolare emodinamicamente rilevante <p>Effettua la valutazione dei parametri nutrizionali, counseling per educazione allo stile di vita, all'autocura e alla compliance della terapia farmacologica</p>
	Screening ecocardiografico	C	Conferma strumentale della disfunzione ventricolare sinistra asintomatica, eventuale ricerca eziologica
	Prevenzione primaria e controllo fattori di rischio	MMG – I	Consulenza specialistica nei pazienti con problematiche rilevanti e complesse, non adeguatamente controllati dagli interventi di primo livello
Oligo-asintomatico*	Pianificazione terapia ** e follow-up***	MMG-I C	<p>Controlli ambulatoriali secondo piano assistenziale programmato (vedi scheda follow-up)</p> <ul style="list-style-type: none"> esegue gli esami strumentali interviene in caso di peggioramento clinico senza pronta risposta alla terapia o per comparsa di complicanze (vedi box)
Sintomatico* (stadio C,	Pianificazione terapia** e	MMG-I	Particolare importanza della prevenzione

classe III, stabile)	follow-up***	C	e riconoscimento delle cause di instabilizzazione**
Instabile (classe III-IV)***	Valutazione grado autosufficienza (UVM) Pianificazione terapia** e follow-up***	MMG-I C-F MC-AS	Nei casi in cui non possa accedere all'ambulatorio o in presenza di problematiche socio-assistenziali il paziente viene seguito in regime di ADP o ADI con supporto infermieristico, specialistico e, nei casi indicati, sociale
*Per la definizione di SC si rimanda alle LG ESC 2008;** LG regionali 2007; *** vedi paragrafo follow-up; ^^) Nei soggetti ad alto rischio di SC può essere utile il dosaggio del pro-BNP per identificare i soggetti da sottoporre ad ecocardiografia			
Legenda: MMG = Medico di Medicina Generale); I = Infermiere; C = Cardiologo; F = Terapista della Riabilitazione MC = Medico di Comunità; AS = Assistente Sociale;			

1. PERCORSO ASSISTENZIALE, COMPITI DEGLI OPERATORI E FOLLOW UP

Compiti del Medico di Medicina Generale:

1. arruolamento dei pazienti affetti da scompenso cardiaco secondo i seguenti criteri:
 - Presenza di sintomi e segni, pregressi o attuali, di scompenso cardiaco: dispnea e/o astenia e/o ritenzione idrica (edemi periferici e/o stasi polmonare), e
 - Presenza di cardiopatia strutturale (disfunzione ventricolare sinistra sistolica con frazione di eiezione, FE, $\leq 50\%$ e/o diastolica e/o destra) evidenziata con esame ecocardiografico effettuato almeno una volta (anche prima dell'arruolamento) oppure
 - Evidenza clinica inequivocabile di scompenso cardiaco
2. Precoce riconoscimento dell'aggravamento delle condizioni di scompenso cardiaco con individuazione di fattore precipitante. *(Non sempre infatti è indispensabile l'ospedalizzazione e il problema può essere in molti casi gestito e risolto ambulatoriamente, eventualmente tramite contatto con lo specialista di riferimento).*
3. valutazione e controllo delle comorbidità
4. controllo dei parametri clinici creatinina-elettroliti-
5. controllo terapia (ace-inibitori.sartani.beta bloccanti. diuretici) con eventuale modificazione della terapia diuretica
6. se necessario invio allo specialista o allo ospedale secondo i criteri esposti nelle tabelle più avanti

Compiti del personale infermieristico:

1. Educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, in particolare verifica dell'aderenza del paziente alla prescrizione terapeutica farmacologica e allo stile di vita e alla corretta alimentazione
2. Educazione del paziente all'autogestione del diuretico e all'autoanalisi di alcuni parametri quali diuresi, peso, sintomi di allarme come il disturbo del sonno
3. Controllo efficacia, tollerabilità ed effetti collaterali del programma terapeutico
4. Valutazione delle complicanze nel paziente in più gravi condizioni, ad esempio gestione lesioni da pressione, catetere vescicale, eventuale terapia infusiva
5. contatto telefonico per informazioni sulla assunzione dei farmaci, sulla sintomatologia soggettiva del paziente, sulla capacità di svolgere le attività quotidiane, modificazioni della qualità del riposo notturno, modificazioni del peso corporeo comparsa di malattie intercorrenti. Alla fine della telefonata l'Infermiere chiederà un giudizio soggettivo del paziente sul proprio stato di salute (Migliorato-Stabile-Peggiorato)
6. contatto mensile ambulatoriale o domiciliare per il rilievo dei parametri sopra elencati completati dal giudizio dell'Infermiere sulle condizioni del paziente (Migliorato-Stabile-Peggiorato)
7. se il paziente risulta peggiorato l'infermiere provvederà a contattare il MMG

FOLLOW-UP DEL PAZIENTE STABILE

Paziente asintomatico o sintomatico stabile

Controlli clinici ogni 6 mesi da parte del MMG: presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo PDT concordati) + ECG acquisiti dall'infermiera + valutazione compliance + educazione terapeutica

Ogni 2 anni ecocardiogramma effettuato dal cardiologo

Paziente stabile a rischio di instabilità


Controlli clinici ogni 3 mesi da parte del MMG: presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo PDT concordati) + ECG acquisiti dall'infermiera + valutazione compliance + educazione terapeutica

Controlli telefonici, ambulatoriali e/o domiciliari per verifica parametri da parte dell'Infermiere

Ogni anno ecocardiogramma effettuato dal cardiologo

Il paziente in condizioni clinica di scompenso cardiaco conclamato, con presenza di polipatologia, scarsa capacità funzionale, impossibilità a deambulare, deterioramento cognitivo e problemi socioambientali, che da valutazione UVM (coinvolgimento del MMG - Infermiere - Assistente Sociale - Specialista Cardiologo - Medico di Comunità) risulta non autosufficiente deve essere assistito in modo integrato dalle varie figure professionali con la predisposizione di Piano Assistenziale Personalizzato rivolto all'attenuazione della sintomatologia e al miglioramento della qualità della vita.

La fase di monitoraggio domiciliare da parte dell'infermiere sarà effettuata con la compilazione di una scheda ad ogni controllo: rilevazione di eventuali variazioni

 <p>SST Azienda USL 9 Grosseto</p> <p>Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>SANITA' D'INIZIATIVA PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO</p>	<p>PA.CCM.02 Rev.1 del 6.08.2010 Pag.8 di 11</p>
---	--	--

interpretabili come segni e sintomi di scompenso, parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, diuresi), misurazione del peso corporeo e controllo sulla corretta assunzione dei farmaci, segnalazione di eventuali variazioni /difficoltà nella alimentazione Tutte queste informazioni vengono comunicate dall'Infermiere al MMG.

In caso di peggioramento clinico l'infermiere contatta il MMG che decide per la variazione terapeutica o la consulenza cardiologica. Se necessario, sulla base della prescrizione del MMG, l'infermiere esegue terapia infusiva di diuretici per via endovenosa.

In caso di ospedalizzazione, la condivisione di obiettivi e percorsi assistenziali fra team ospedaliero, paziente, famiglia e team territoriale che prenderà in carico il paziente deve iniziare prima della dimissione, mediante segnalazione la PUA/PuntoInsieme, che provvederà a contattare il MMG, per attivare il percorso necessario per il paziente

CRITERI DI STABILITA' CLINICA, A FAVORE DELLA DOMICILIAZIONE

1. Assenza di sintomi di congestione
2. Assenza di angina pectoris o comunque stabilità della soglia ischemica
3. Assenza di peggioramento della dispnea, dell'affaticamento o delle palpitazioni durante sforzo fisico
4. Assenza di aritmie maggiori sintomatiche
5. Esame obiettivo invariato rispetto al precedente controllo
6. Stabilità del bilancio idrico (sodiemia > 134 mEq/l, variazioni di peso corporeo inferiori ai 3 kg rispetto al controllo)
7. Pressione arteriosa stabile e comunque PAS > 90 mmHg
8. Funzione renale stabile (creatininemia invariata rispetto al precedente controllo)
9. Risoluzione o stabilizzazione di ogni causa reversibile di co-morbidità
10. Adeguatezza del supporto sociale, dell'educazione del paziente e del programma di assistenza
11. Buona tolleranza al farmaco e completa adesione al trattamento

CRITERI DI INSTABILITA' CLINICA, A FAVORE DELLA OSPEDALIZZAZIONE

Al fine di ridurre sia i ricoveri ripetuti che la degenza media dei pazienti occorre stabilire e concordare criteri di avvio all'ospedalizzazione del paziente con diagnosi sospetta o accertata di scompenso cardiaco:

Ricovero immediato o consulenza immediata con lo specialista di riferimento

1. Edema polmonare acuto
2. Tachi o bradiaritmia sintomatica
3. Ipotensione arteriosa persistente e sintomatica o comunque PAS < 75 mm/Hg
4. confusione mentale attribuibile ad ipoperfusione cerebrale

Ricovero urgente o consulenza in giornata con lo specialista di riferimento

5. Classe NYHA III non preesistente (benessere a riposo, ma comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni per attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali, con conseguente grave limitazione dell'attività fisica) in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o d'ipertensione arteriosa.
6. Classe NYHA IV non preesistente (dispnea, affaticamento, palpitazioni presenti anche a riposo, con aumento dei disturbi ad ogni minima attività) in paziente con o senza storia di cardiopatia preesistente o d'ipertensione arteriosa.
7. Presenza di dispnea, astenia, palpitazioni per attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali (NYHA III) o a riposo (NYHA IV), con conseguente grave limitazione dell'attività quotidiana, oppure anasarca o severi edemi declivi con segni gravi di congestione venosa (turgore giugulare, epatomegalia), nonostante la terapia farmacologica orale condotta, alle dosi massime tollerate, con A.C.E.-inibitori, diuretici e digitalici.
8. Comparsa/aggravamento di malattie extracardiache concomitanti aggravanti lo scompenso

Ricovero rapidamente programmato o consulenza in tre giorni con lo specialista di riferimento


9. danno d'organo correlato con lo scompenso: oligo-anuria o comparsa/peggioramento d'insufficienza renale con creatininemia ≥ 2.5 mg/dl o aumentata di 2 volte, comparsa o peggioramento iponatremia (≤ 130 mEq/l)
10. Aritmie sintomatiche con elevata frequenza cardiaca a riposo (> 130/min) o con bassa frequenza cardiaca (<50/min).
11. Assenza di compliance alla terapia per problemi cognitivi e inadeguata assistenza domiciliare

Ruolo Associazioni di Volontariato

Informare i cittadini – utenti sui diritti riconosciuti
Contribuire alla definizione dei bisogni ed alla
verifica di qualità dei servizi

7. INDICATORI DELL'ASSISTENZA

STRUTTURA	PROCESSO	ESITO
<ul style="list-style-type: none"> • medicina di associazione (rete, gruppo) collegata in rete • presenza di infermieri specializzati • disponibilità di Protocolli condivisi aggiornati • disponibilità strumenti di valutazione • disponibilità materiale educativo/informativo 	<ul style="list-style-type: none"> • arruolamento pazienti a rischio e pazienti scompensati (prevalenza scompenso del 1,5% con variabilità + o - 0,5%) • % di pazienti con almeno 3 registrazioni di peso corporeo per 1 anno (>50% rispetto al valore di partenza o almeno il 70% dei paz in carico a mmg) • % di pazienti in terapia con ACE-inibitori / sartani - (50% rispetto al valore di partenza o almeno il 50% dei paz in carico a mmg); • % pazienti in terapia con beta bloccanti (>20% rispetto al valore di partenza o almeno il 50% dei pazienti in carico a mmg) • % pazienti per i quali è documentata la consegna di istruzioni scritte o materiale educativo - TARGET > 90% • % pazienti in trattamento con diuretici che hanno effettuato almeno una misurazione di sodio e potassio (>20% rispetto al valore di partenza o almeno il 50% dei paz in carico a MMG) • % di counselling individuale o di gruppo - educazione all'autogestione- (70% dei pazienti in carico a mmg) • Tasso di ricovero di pazienti con scompenso cardiaco in carico ai mmg di un modulo < 15% rispetto al valore di partenza o comunque entro la media regionale 	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione ricoveri per SC e altre cause rispetto all'anno precedente* • Riduzione accessi in PS/DEA rispetto all'anno precedente* • Miglioramento qualità di vita e soddisfazione del malato

 <p>SST Azienda USL 9 Grosseto Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>SANITA' D'INIZIATIVA PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO</p>	<p>PA.CCM.02 Rev.1 del 6.08.2010 Pag.11 di 11</p>
--	--	---

8. ALLEGATI

- SCHEDA DI MONITORAGGIO INFERMIERISTICO
- SCHEDA DI MONITORAGGIO INFERMIERISTICOTELEFONICO
- DIMISSIONE OSPEDALIERA
- SCHEDA VISITA AMBULATORIALE CARDIOLOGICA
- SCHEDA DI ARRUOLAMENTO NEL CCM DA PARTE DEL MMG