

## “Formazione regionale per le Reti Cliniche: lo scompenso cardiaco in FVG”

**PDPA del paziente con scompenso  
cardiaco**



Image: Freepik.com

**Attività infermieristica ospedaliera, ambulatoriale,  
distrettuale e domiciliare**

---

**Donatella Radini**  
SC Cardiovascolare – ASUGI - Trieste

# Gestione integrata dello scompenso

I modelli di gestione integrata dello scompenso, pur non avendo dimostrato evidenti vantaggi in termini di riduzione complessiva della mortalità, hanno evidenziato vantaggi relativamente a:

- ❖ stato funzionale e qualità della vita
- ❖ educazione del paziente
- ❖ adesione e capacità di autogestione della terapia da parte del paziente
- ❖ individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione
- ❖ ottimizzazione della terapia e controllo della progressione della malattia
- ❖ riduzione delle re-ospedalizzazioni

PDTA del paziente con scompenso  
cardiaco





La presa in carico infermieristica avviene secondo il modello della gestione del caso con Case Management.

## Attività Infermieri

- ✓ ricevono la segnalazione
- ✓ valutano i problemi clinico-assistenziali aperti e predispongono il PAI
- ✓ ruolo proattivo di richiamo dei pazienti
- ✓ verificano l'aderenza al regime alimentare in particolare all'utilizzo del sale e all'assunzione dei liquidi
- ✓ rilevano i parametri di follow-up: PA, FC, peso corporeo, diuresi, FR, segni di affaticamento, saturimetria, eventuali edemi declivi, valutazione composizione corporea con metodo impedenziometrico ove possibile, valutazione della capacità funzionale con 6MWT, valutazione di 1° livello della fragilità (Gait-speed, Timed Up & Go test, Clinical Frailty Scale).



# Attività infermieristica ospedaliera, ambulatoriale, distrettuale e domiciliare

## Attività Infermieri

- ✓ controllano esami di laboratorio di routine (elettroliti, creatinina, azotemia, emocromo, glicemia, funzionalità epatica, Peptidi natriuretici al basale in condizioni di stabilità (BNP “asciutto”) e in caso di instabilità clinica
- ✓ eseguono il follow-up telefonico per verifica stabilità clinica in caso di titolazione farmaci e modifiche terapeutiche post-instabilizzazione clinica
- ✓ effettuano l’educazione/counseling alla salute sugli stili di vita corretti (attività fisica, fumo, alcool, stato nutrizionale)
- ✓ favoriscono il “patient empowerment” ad ogni incontro programmato
- ✓ controllano l’aderenza all’automonitoraggio e assunzione farmaci
- ✓ negli assistiti in telemedicina - gestiscono i dati raccolti in cartella e verificano l’aderenza del paziente al percorso, anche utilizzando le possibili scale di valutazione

## Obiettivi infermieristici

- Valutazione multidimensionale degli assistiti presi in carico
- Educazione all'autocura e all'automonitoraggio, nella logica della continuità terapeutica ed assistenziale e coerentemente con i bisogni del paziente
- Migliorare la qualità di vita dei pazienti, garantendo cure adeguate ambulatoriali o domiciliari

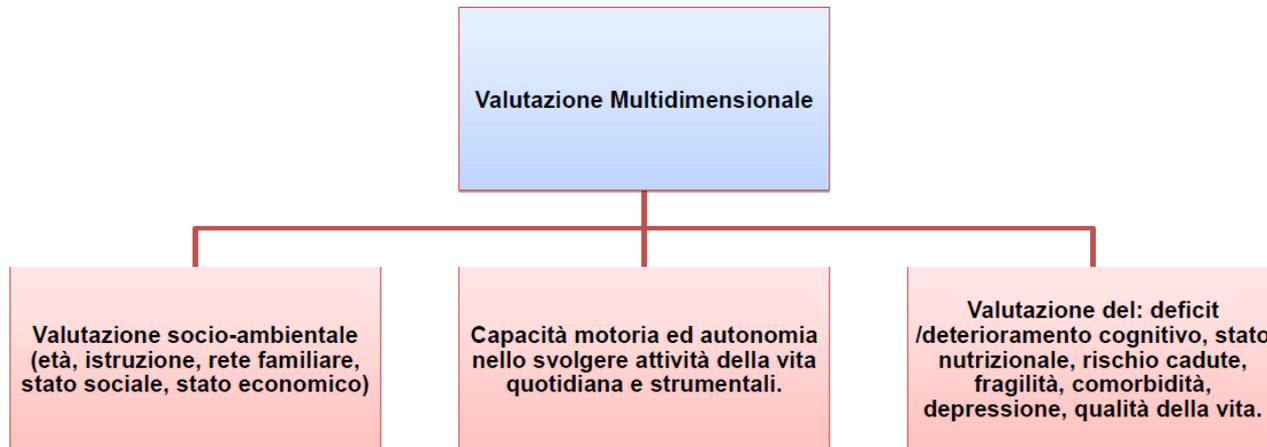
POSITION PAPER

Position paper ANMCO:  
Bisogni assistenziali del malato cardiopatico complesso:  
dalla fase acuta alla fase cronica

Donatella Radini<sup>1</sup> (Coordinatore), Mauro Mennuni<sup>2</sup> (Coordinatore), Stanislao Accardo<sup>3</sup>,  
Gianfranco Alunni<sup>4</sup>, Sabrina Barro<sup>5</sup>, Antonio Boscolo Anzoletti<sup>6</sup>, Alessandro Capecci<sup>7</sup>,  
Antonella D'Errico<sup>8</sup>, Sabrina Egman<sup>9</sup>, Giuseppina Maura Francese<sup>10</sup>, Massimo Iacoviello<sup>11</sup>,  
Massimo Imazio<sup>12</sup>, Vjerica Lukic<sup>3</sup>, Beatrice Magro<sup>13</sup>, Antonella Manieri<sup>14</sup>, Loredana Morichelli<sup>15</sup>,  
Maria Cristina Pirazzini<sup>16</sup>, Stefano Pugiottio<sup>17</sup>, Giovanni Pulignano<sup>18</sup>, Fabiola Sanna<sup>19</sup>, Luigia Sasso<sup>19</sup>,  
Luigi Tarantini<sup>20</sup>, Sonia Tosoni<sup>21</sup>, Patrizia Zumbo<sup>22</sup>, Domenico Gabrielli<sup>22</sup>,  
Andrea Di Lenarda<sup>1</sup> (Coordinatore)

## Obiettivi infermieristici

### ☐ Valutazione multidimensionale degli assistiti presi in carico



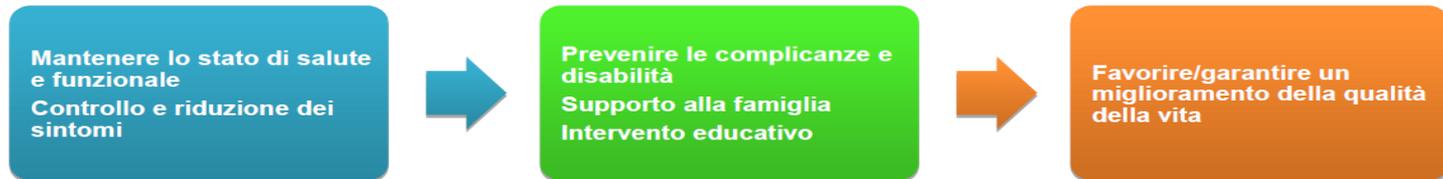
POSITION PAPER

### Position paper ANMCO: Bisogni assistenziali del malato cardiopatico complesso: dalla fase acuta alla fase cronica

Donatella Radini<sup>1</sup> (Coordinatore), Mauro Mennuni<sup>2</sup> (Coordinatore), Stanislao Accardo<sup>3</sup>,  
 Gianfranco Alunni<sup>4</sup>, Sabrina Barro<sup>5</sup>, Antonio Boscolo Anzoletti<sup>6</sup>, Alessandro Capocchi<sup>7</sup>,  
 Antonella D'Errico<sup>8</sup>, Sabrina Egman<sup>9</sup>, Giuseppina Maura Francese<sup>10</sup>, Massimo Iacoviello<sup>11</sup>,  
 Massimo Imazio<sup>12</sup>, Vjerica Lukic<sup>3</sup>, Beatrice Magro<sup>13</sup>, Antonella Manieri<sup>14</sup>, Loredana Morichelli<sup>15</sup>,  
 Maria Cristina Pirazzini<sup>16</sup>, Stefano Pugiotto<sup>17</sup>, Giovanni Pulignano<sup>18</sup>, Fabiola Sanna<sup>14</sup>, Luigia Sasso<sup>19</sup>,  
 Luigi Tarantini<sup>20</sup>, Sonia Tosoni<sup>21</sup>, Patrizia Zumbo<sup>14</sup>, Domenico Gabrielli<sup>22</sup>,  
 Andrea Di Lenarda<sup>1</sup> (Coordinatore)

## Obiettivi infermieristici

- ❑ Educazione all'autocura e all'automonitoraggio, nella logica della continuità terapeutica ed assistenziale e coerentemente con i bisogni del paziente
- ❑ Migliorare la qualità di vita dei pazienti, garantendo cure adeguate ambulatoriali o domiciliari



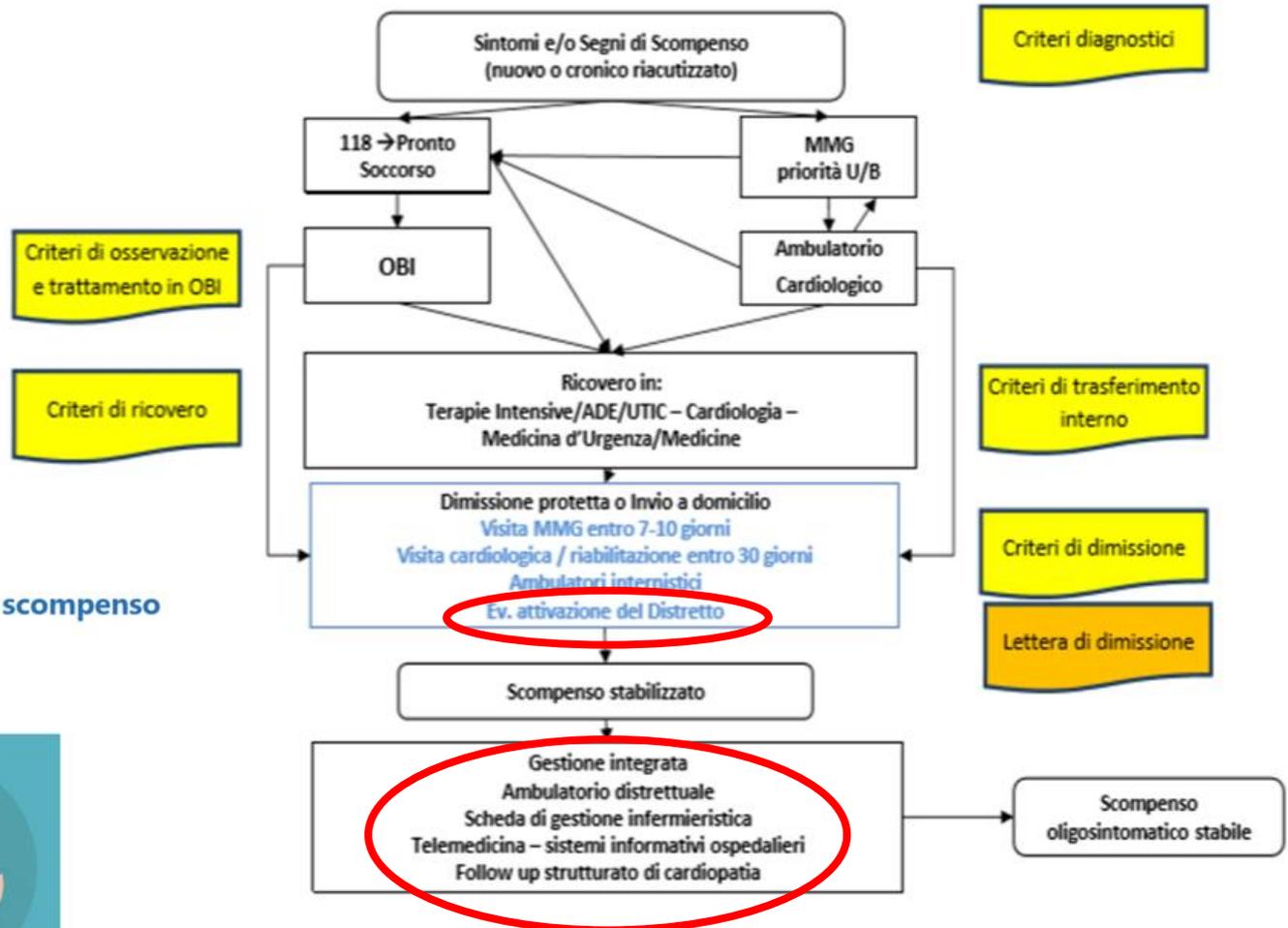
POSITION PAPER

### Position paper ANMCO: Bisogni assistenziali del malato cardiopatico complesso: dalla fase acuta alla fase cronica

Donatella Radini<sup>1</sup> (Coordinatore), Mauro Mennuni<sup>2</sup> (Coordinatore), Stanislao Accardo<sup>3</sup>, Gianfranco Alunni<sup>4</sup>, Sabrina Barro<sup>5</sup>, Antonio Boscolo Anzoletti<sup>6</sup>, Alessandro Capecci<sup>7</sup>, Antonella D'Errico<sup>8</sup>, Sabrina Egman<sup>9</sup>, Giuseppina Maura Francese<sup>10</sup>, Massimo Iacoviello<sup>11</sup>, Massimo Imazio<sup>12</sup>, Vjerica Lukic<sup>3</sup>, Beatrice Magro<sup>13</sup>, Antonella Manieri<sup>14</sup>, Loredana Morichelli<sup>15</sup>, Maria Cristina Pirazzini<sup>16</sup>, Stefano Pugiotta<sup>17</sup>, Giovanni Pulignano<sup>18</sup>, Fabiola Sanna<sup>14</sup>, Luigia Sasso<sup>19</sup>, Luigi Tarantini<sup>20</sup>, Sonia Tosoni<sup>21</sup>, Patrizia Zumbo<sup>14</sup>, Domenico Gabrielli<sup>22</sup>, Andrea Di Lenarda<sup>1</sup> (Coordinatore)



**Figura 1. Percorsi del paziente ospedalizzato per SC**



**PDTA del paziente con scompenso cardiaco**



Image: Freepik.com

## **Ambulatori per lo scompenso cardiaco presso centri HUB**

Tali nodi della rete prendono in carico la minoranza di pazienti in una fase avanzata di malattia che, per la labilità della loro condizione clinica e per la candidabilità ad opzioni di trattamento ad alto costo, richiedono competenze multispecialistiche e dotazioni avanzate.

Presso gli Ambulatori di tali Centri sono accolti i pazienti che transitano dall'insufficienza cardiaca cronica allo scompenso cardiaco avanzato e, pertanto, costituiscono i nodi di raccordo fra la Rete per la presa in carico dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica e la Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore.

## **Ambulatori per lo scompenso cardiaco presso i centri SPOKE**

Intercetta i pazienti con SC provenienti dal MMG, dal PS, dai Reparti ospedalieri o dimessi dopo evento acuto.

L'infermiere esegue la valutazione infermieristica e collabora:

- alla programmazione dell'iter diagnostico
- nella titolazione dei farmaci
- nella programmazione del follow-up
- counseling al paziente e al caregiver
- attiva il Distretto per la continuità assistenziale, se non già attivato dall'ospedale/MMG

PDTA del paziente con scompenso  
cardiaco



# CRITERI PER LA PRESA IN CARICO PRECOCE

Di seguito sono elencati i **criteri relativi al paziente per la presa in carico precoce**, mediante **contatto telefonico infermieristico (auspicabilmente entro 7-10 giorni)** e controllo cardiologico ravvicinato (entro 30 giorni dalla dimissione):

1.  $\geq 2$  ricoveri ospedalieri per scompenso negli ultimi 24 mesi;
2. disfunzione ventricolare sinistra moderata o severa (FE  $< 40\%$ )
3. BNP alla dimissione  $\geq 500$  pg/ml o NTproBNP  $\geq 2000$  pg/ml

Costituiranno indicazioni a supporto della presa in carico:

- la presenza di multimorbidità (ed in particolare una IRC con GFR  $< 60$  ml/min),
- la presenza di aritmie ventricolari o sopraventricolari complesse e/o sintomatiche
- ***la tendenza all'instabilità con necessità di frequente aggiustamento terapeutico***
- ***l'indicazione ad un intervento educativo infermieristico focalizzato all'autocura ed automonitoraggio.***

PDTA del paziente con scompenso cardiaco



Infermiere: *setting distrettuale*

All'arrivo di una segnalazione di continuità assistenziale, da qualsiasi setting di cura (ricovero, ambulatoriale, ...) il personale del Distretto avvisa il MMG e con lui stabilisce i bisogni del paziente, il piano d'intervento e contribuisce a sostenere il programma di dimissione.

PDTA del paziente con scompenso  
cardiaco



## Setting distrettuale

### Modalità di presa in carico Distrettuale:

- anamnesi e presa visione dei dati clinici e socio-assistenziali
- notifica al MMG la segnalazione al Distretto
- assieme al MMG, stesura del PAI (Piano assistenziale individuale), condiviso con il paziente e gli altri professionisti interessati
- educazione sanitaria specifica per la patologia dello SC e più ampia sul contesto di vita e della famiglia
- rilevazione dei parametri clinici e verifica dell'aderenza terapeutica

PDTA del paziente con scompenso  
cardiaco



## Intervento educativo infermieristico

Infermieri con competenze dedicate e finalizzate alla dimissione ed agli aspetti educativi e di empowerment del paziente in particolare rispetto alla responsabilità individuale all'assunzione ed alla modulazione secondo algoritmi predefiniti della terapia, a partire da quella diuretica.

### Strumento di autocura per il paziente, riferito all'autogestione del diuretico:

1. consigliare al paziente di misurare il suo peso corporeo al mattino al risveglio
2. definire, in base alla stabilità clinica, un peso "asciutto" e di conseguenza un range  $\pm 1$  kg entro il quale il paziente deve mantenersi, modulando la terapia diuretica (ad es. peso corporeo 70 kg, range da mantenere 69-71 kg)
3. definire, sulla base del recente decorso clinico e della terapia in atto, la dose del diuretico dell'ansa (Furosemide o Torasemide) adeguata a mantenere al momento della dimissione o del controllo clinico il paziente in condizioni di stabilità (ad es. Furosemide 25 mg 1 cp ore 8 + 1 cp ore 16)

PDTA del paziente con scompenso cardiaco



# Attività infermieristica ospedaliera, ambulatoriale, distrettuale e domiciliare

## Strumento di autocura per il paziente, riferito all'auto gestione del diuretico:

4. Spiegare al paziente la necessità di aumentare del 50% la dose del diuretico (associata ad una più attenta restrizione idrica) se aumenta  $\geq 1$  kg rispetto al peso “asciutto” (es peso  $>71$  kg; assumere Furosemide 25 mg, 2 cp ore 8 + 1 cp ore 16) o di ridurre del 50% la dose del diuretico se il peso si riduce  $> 1$  kg (es  $<69$  kg; assumere Furosemide 25 mg, 1 cp ore 8)
5. Spiegare al paziente la necessità di ripristinare le dosi di partenza se il peso rientra nel range predefinito (es. peso corporeo 69-71 kg; assumere Furosemide 25 mg 1 cp ore 8-16)
6. L'algoritmo va riverificato ad ogni controllo (segni e sintomi, peso, esami di laboratorio incluso BNP/NTproBNP, BIVA, ev. ecocardiogramma) perché il peso “asciutto” potrebbe variare (per esempio in base all'alimentazione o alla sedentarietà)
7. Insegnare al paziente il significato delle variazioni dei sintomi e/o segni e dei parametri vitali (es. comparsa di dispnea, astenia, edemi arti inferiori, pressione arteriosa e frequenza cardiaca) anche in relazioni alle variazioni climatiche

PDTA del paziente con scompenso cardiaco



# Attività infermieristica ospedaliera, ambulatoriale, distrettuale e domiciliare

## Elementi di un Counseling efficace

POSITION PAPER

Position paper ANMCO:  
Bisogni assistenziali del malato cardiopatico complesso:  
dalla fase acuta alla fase cronica

Donatella Radini<sup>1</sup> (Coordinatore), Mauro Mennuni<sup>2</sup> (Coordinatore), Stanislao Accardo<sup>4</sup>, Gianfranco Alunni<sup>5</sup>, Sabrina Barro<sup>5</sup>, Antonio Boscolo Anzoletti<sup>6</sup>, Alessandro Capecci<sup>7</sup>, Antonella D'Errico<sup>8</sup>, Sabrina Egman<sup>9</sup>, Giuseppina Maura Francese<sup>10</sup>, Massimo Iacoviello<sup>11</sup>, Massimo Imazio<sup>12</sup>, Vjerica Lukic<sup>3</sup>, Beatrice Magro<sup>13</sup>, Antonella Manieri<sup>14</sup>, Loredana Morichelli<sup>15</sup>, Maria Cristina Pirazzini<sup>16</sup>, Stefano Pugiotto<sup>17</sup>, Giovanni Pulignano<sup>18</sup>, Fabiola Sanna<sup>14</sup>, Luigia Sasso<sup>19</sup>, Luigi Tarantini<sup>20</sup>, Sonia Tosoni<sup>21</sup>, Patrizia Zumbo<sup>14</sup>, Domenico Gabrielli<sup>22</sup>, Andrea Di Lenarda<sup>1</sup> (Coordinatore)

**Accoglienza e ascolto attivo in un ambiente adeguato, dedicando il tempo necessario per avviare un rapporto di alleanza (coaching).**

**Valutazione stili di vita e rischio psicosociale.**

**Intervento educativo: usare un linguaggio comprensibile e consegnare materiale didattico adeguato all'alfabetizzazione sanitaria e alle differenze culturali e linguistiche.**

**Condivisione con la persona di obiettivi concreti, realistici e raggiungibili**

**Teach back: la persona racconta con parole proprie quanto è stato appena spiegato e condiviso, l'operatore valuta la comprensione e il ricordo e, se necessario, chiarisce i concetti poco chiari e effettua un nuovo teach back.**

**Autogestione: si basa sull'importanza che l'assistito capisca e gestisca il proprio rischio cardiovascolare come parte indispensabile del proprio benessere.**

**Follow-up counseling: valutazione dell'aderenza alla modifica degli stili di vita e terapia; incoraggiamento degli sforzi volti al miglioramento dello stile di vita e all'aderenza**

**Prendere atto delle difficoltà che l'assistito possa avere nel processo di modifica delle abitudini e della necessità di un'attività di sostegno prolungata con possibili ricadute**

# Attività infermieristica ospedaliera, ambulatoriale, distrettuale e domiciliare

In sintesi gli obiettivi generali di cura del paziente con SC sono i seguenti:

1. Definizione del percorso diagnostico (sia intra che extraospedaliero)
2. Counselling al paziente e/o al caregiver (sia nel setting ambulatoriale che predimissione)
3. Presa in carico/segnalazione al territorio (da parte di chi intercetta il paziente con scompenso)
4. Definizione di un percorso strutturato di follow-up eventualmente con il supporto di strumenti di monitoraggio remoto
5. Definizione del programma di cura multiprofessionale sul territorio (controlli clinici, titolazione dei farmaci, monitoraggio)
6. Definizione degli strumenti di lavoro e di comunicazione tra strutture e tra professionisti diversi (es. scheda per monitoraggio territoriale del paziente, cartella clinica ADI integrata)
7. Definizione dello specialista di riferimento

PDTA del paziente con scompenso  
cardiaco



## **PDTA del paziente con scompenso cardiaco**



image: freepik.com

**GRAZIE DELL'ATTENZIONE**