



Con il patrocinio del
Ministero della Salute



Il Ruolo dell'Infermiere nel network multidisciplinare dello scompenso cardiaco

Ercole Vellone, PhD, FESC

Ricercatore di Scienze infermieristiche

Università di Roma Tor Vergata

INCONTRO ANNUALE "GIORNATA MONDIALE DEL CUORE" - ROMA, 29 SETTEMBRE 2017

REGIONE LAZIO - PIAZZA ODERICO DA PORDENONE, 15 - SALA TIRRENO

www.associazioneaisc.org

segreteria@associazioneaisc.org

GRAZZIE!

Augusto Carpico
Dipartimento Area Medica
ASL Roma 6

Cristina Pedroni
Sviluppo organizzativo e professionale
Direzione Professioni Sanitarie
ASL IRCCS di Reggio Emilia

Infermiere e multidisciplinarietà (1)

- DM 739/1994 (Profilo Professionale dell'Infermiere)
- Art.3

L'infermiere:

e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;

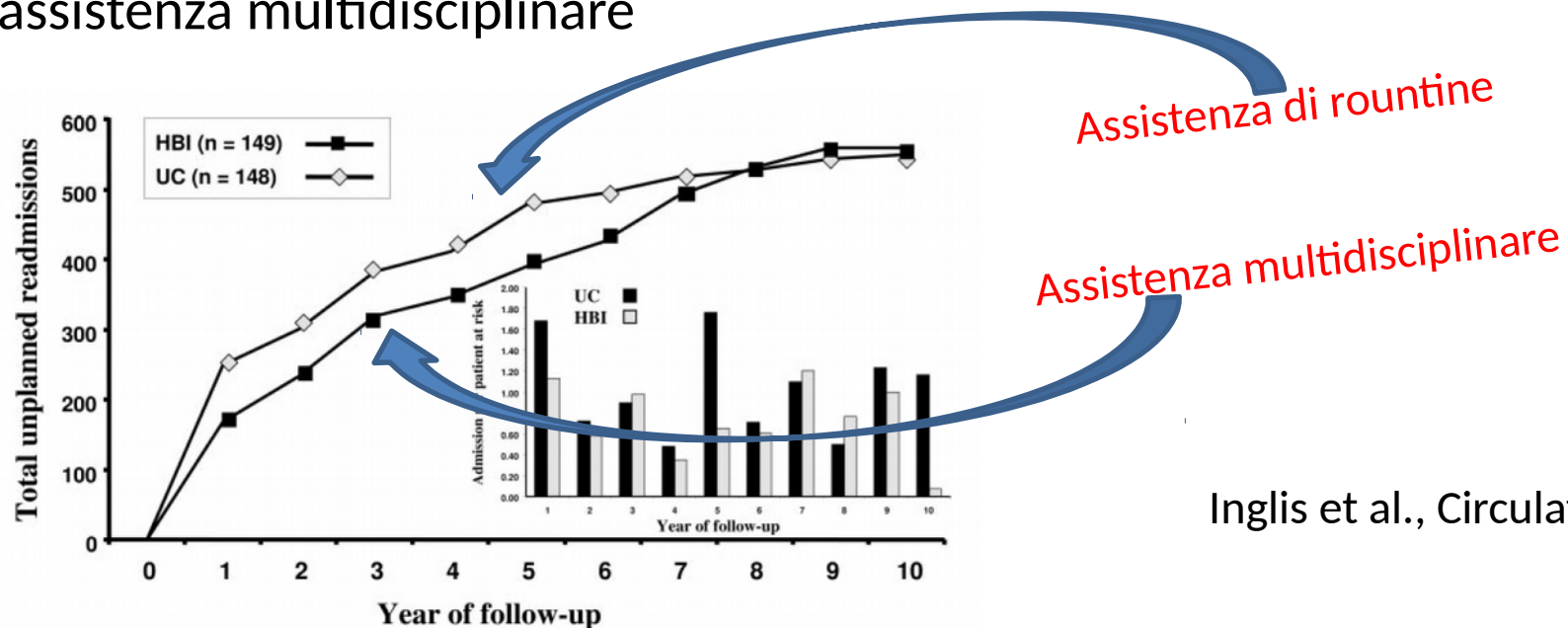


Infermiere e multidisciplinarietà (2)

- Codice Deontologico dell'Infermiere (2009)
- **Articolo 14**
L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.
- **Articolo 23**
L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.
- **Articolo 27**
L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Perché il «network» è migliore (1)?

- Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una situazione di salute complessa
- Richiede il coinvolgimento di diverse competenze
 - Cardiologo, Medico di famiglia, Infermiere, Fisioterapista, Assistente sociale, Specialisti per le varie comorbidità
- Diversi studi hanno dimostrato che solo con un approccio multidisciplinare si ottengono risultati migliori per il paziente
- Ad esempio le riammissioni in ospedale sono meno frequenti in caso di assistenza multidisciplinare



Inglis et al., Circulation. 2006;114:2466-2473

Perché il «network» è migliore (2)?

Heart & Lung 46 (2017) 79–84

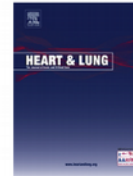


ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Heart & Lung

journal homepage: www.heartandlung.org



Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic

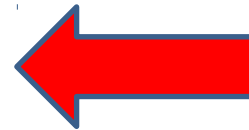
Charlene D. Whitaker-Brown, DNP, MSN, FNP-C^{a,b,*}, Stephanie J. Woods, PhD, RN^a, Judith B. Cornelius, PhD, MS, RN^a, Erik Southard, DNP, FNP-BC^c, Sanjeev K. Gulati, MD, FACC^b



Table 2

Quality of life status as Assessed by the disease specific questionnaire “The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire” (MLHFQ) with scores ranging from 0 to 105. Baseline values and changes between baseline and week 4 of the transition-to-care clinic ($N = 36$).

	Baseline mean (SD)	Week 4 follow-up mean (SD)	t (df), p
Total minnesota living with heart failure questionnaire score	55.03 (26.07)	37.28 (26.51)	4.50 (35), $p < .05$
Physical dimension	25.33 (12.01)	16.17 (11.84)	5.80 (35), $p < .0001$
Emotional dimension	23.35 (26.35)	8.61 (7.0)	3.66 (35), $p < .0001$



Programma multidisciplinare di «transizione» dall'ospedale a casa

- 4 settimane
- Interventi educativi da parte di infermieri, medici, farmacisti, assistenti sociali, dietisti

Risultati:
migliore qualità di vita!

Anche le linee guida della Società Europea di Cardiologia raccomandano l'approccio multidisciplinare

«L'assistenza alle persone con SC deve impiegare un approccio multidisciplinare (cardiologi, MMG, infermieri, farmacisti, fisioterapisti, dietisti, assistenti sociali, chirurghi, psicologi ecc....)»

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

Characteristics	
	Should employ a multidisciplinary approach (cardiologists, primary care physicians, nurses, pharmacists, physiotherapists, dieticians, social workers, surgeons, psychologists, etc.).
	Should target high-risk symptomatic patients.
	Should include competent and professionally educated staff. ⁶¹⁷
Components	
	Optimized medical and device management.
	Adequate patient education, with special emphasis on adherence and self-care.
	Patient involvement in symptom monitoring and flexible diuretic use.
	Follow-up after discharge (regular clinic and/or home-based visits; possibly telephone support or remote monitoring).
	Increased access to healthcare (through in-person follow-up and by telephone contact; possibly through remote monitoring).
	Facilitated access to care during episodes of decompensation.
	Assessment of (and appropriate intervention in response to) an unexplained change in weight, nutritional status, functional status, quality of life, or laboratory findings.
	Access to advanced treatment options.
	Provision of psychosocial support to patients and family and/or caregivers.



Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. *Veolif4* del 07 OTT. 2015

Proposta n. 15109 del 05/10/2015

OGGETTO: Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo

- **Percorsi diagnostici Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) per:**
 - Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO)
 - **Scompenso Cardiaco**
 - Terapia Anticoagulante Orale (TAO)
 - Diabete

Finalità del PDTA

- Garantire la centralità del paziente con SC nel processo di cura, attraverso la continuità assistenziale e la stretta collaborazione tra specialisti, medici di medicina generale, infermieri e operatori sociali.
- n. 6 PDTA che tengono conto dello stadio della malattia e della classe NYHA
 1. disfunzione ventricolare asintomatica (stadi A e B, classe NYHA I);
 2. SC acuto di nuova diagnosi o in stabilizzato (stadio C, classe NYHA III-IV);
 3. SC ambulatoriale stabile /oligosintomatico (stadio C, classe NYHA II);
 4. SC severo candidabile al trapianto cardiaco (stadio D-C, classe NYHA IV);
 5. SC con comorbilità e/o anziano (stadio C, classe NYHA III-IV);
 6. SC avanzato/ terminale (stadio D, classe NYHA IV)

Ruolo (generale) dell'Infermiere nei PDTA (1)

Il ruolo dell'infermiere con competenze specifiche per lo SC è di estrema importanza nella cura del paziente sia a livello ospedaliero sia territoriale. Il Personale Infermieristico svolgerà attività di supporto alla clinica e alla diagnostica, alla educazione sanitaria con particolare riguardo all'informazione al paziente e ai familiari sui servizi erogati e al monitoraggio (Appendice 5, 6)



Ruolo (generale) dell'Infermiere nei PDTA (2)

Appendice 5: Ruolo dell'infermiere nello SC (Eventuale Ambulatorio Infermieristico)

- Rilevazione dei bisogni assistenziali
- Anamnesi infermieristica e presa visione dei dati clinici e socioassistenziali
- Collaborazione con il MMG per la stesura di un Piano Assistenziale Individuale; in esso sono esplicitati i bisogni dell'assistito (nei tre ambiti : sanitari, socioassistenziali, sociosanitari), la diagnosi infermieristica, gli obiettivi assistenziali e le azioni necessarie a perseguirli, la prescrizione terapeutica, la tipologia degli interventi e le figure professionali coinvolte, la frequenza degli accessi degli operatori, gli eventuali trattamenti terapeutici particolari, gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi biomedicali, la durata presumibile degli interventi assistenziali, la modalità e la tempistica delle verifiche, gli esiti attesi.

Ruolo (generale) dell'Infermiere nei PDTA (3)

- Educazione sanitaria, anche mediante incontri periodici di gruppo
- Rilevazione dei parametri clinici per la verifica della compliance
- Attività di rete col MMG e con altri settori istituzionali e non istituzionali atti a garantire la sostenibilità del progetto
- Valutazioni periodiche rispetto alle azioni previste ed ai risultati raggiunti
- Applicazione delle procedure diagnostiche prescritte
- Somministrazione delle prescrizioni farmacologiche
- Firma del Consenso Informato
- Scale di valutazione validate (EuroQOL, IADL, BADL)
- Aggiornamento dei database

Ruolo (generale) dell'Infermiere nei PDTA (4)

Appendice 6: Educazione sanitaria al paziente e ai conviventi

Informazioni generali

- spiegare la malattia e perché avvengono i sintomi
- le cause dello scompenso
- come riconoscere i sintomi
- cosa fare se ricompaiono i sintomi
- auto-misurazione del peso
- razionale della terapia
- importanza dell'aderenza alla terapia (farmacologica e non)
- stop fumo
- prognosi

Ruolo (generale) dell'Infermiere nei PDTA (5)

Counselling farmacologico

- effetti
- dose e tempo di somministrazione
- effetti collaterali e effetti avversi
- segni d'intossicazione
- cosa fare in caso di un "salto della dose"

Abitudini dietetiche

- controllare l'apporto di sale
- controllare l'apporto di liquidi

1) paziente ad alto rischio di sviluppo di scompenso cardiaco (stadio a LG. AHA/ACC)

Operatori: MMG, infermiere

Il paziente è in carico al MMG e accede alla Casa della Salute in base a criteri prespecificati per :

- 1) Visita Clinica e Visita Cardiologica su richiesta*
- 2) Diagnostica di base*

Interventi previsti dal PDTA:

- Prevenzione primaria secondo piano regionale Prevenzione
- Educazione sanitaria
- Identificazione e trattamento dei fattori di rischio (dilsipidemia, ipertensione e diabete)
- Screening popolazioni ad alto rischio: insufficienza renale (Cockroft e Gault, o MDRD, o CKDEpi), vasculopatia periferica (ABI index),
- Monitoraggio periodico del livello di rischio (esami routine, ECG)
- Esami : ECG (se alterato valutare eventuale dosaggio BNP/ ntProBNP e indicazione a Ecocardiogramma)

Ruolo specifico dell'Infermiere a seconda del PDTA

2) pazienti con cardiopatia strutturale, asintomatica (stadio B LG. AHA/ACC, NYHA I)

Operatori: MMG, Cardiologo, Infermiere

Il paziente è in carico al MMG con la Consulenza dello Specialista e accede alla Casa della Salute in base a criteri prespecificati per :

- 1) *Visita Clinica e Cardiologica*
- 2) *Diagnostica di base*

Interventi previsti dal PDTA:

- Diagnosi e prescrizione delle indagini di inquadramento (ECG, Ecocardiogramma, Test provocativo, Eco-Doppler vascolare)
- Educazione strutturata alla gestione della malattia
- Impostazione della terapia farmacologica di prevenzione secondaria (ACE-inibitori, Beta-bloccanti, statine, antiaggreganti)
- Interventi su stili di vita (dieta, fumo, attività fisica)
- Consegna materiale educativo
- Monitoraggio per lo screening delle complicanze secondo linee guida
- VMD nei soggetti anziani a rischio di non autosufficienza

Ruolo specifico dell'Infermiere a seconda del PDTA

3) Paziente con scompenso cardiaco ambulatoriale stabile (oligosintomatico)

Operatori: MMG, Cardiologo, Infermiere

Il paziente è in carico congiunto al MMG e allo Specialista Cardiologo e accede alla Casa della Salute in base a criteri prespecificati per :

- 1) Visita Clinica e Cardiologica*
- 2) Diagnostica di base*
- 3) Impostazione terapeutica*
- 4) Stratificazione prognostica e Monitoraggio*

Interventi previste da PDTA:

- Conferma diagnostica (Ecocardiogramma, invio a Diagnostica di II livello)
- Impostazione e ottimizzazione della terapia farmacologica
- Stratificazione prognostica
- Verifica della necessità di ulteriore terapia non farmacologica (dispositivi impiantabili, rivascolarizzazione, chirurgia coronarica e/o valvolare)
- Educazione strutturata, consegna materiale educativo.
- Valutazione Multi Dimensionale
- Valutazione periodica (almeno trimestrale) da parte del MMG secondo il piano di cura adottato e concordato
- Valutazione dello specialista Cardiologo secondo accesso:
- Programmato secondo piano di cura personalizzato (annuale/semestrale)
- Non programmato con richiesta (contatto telefonico per indicazioni e invio diretto all'operatore già informato)
- Urgente (inadeguata risposta terapia; necessità incremento furosemide >75 mg/die; Pressione arteriosa < 100mmHg sintomatica; iponatriemia < 130mEq/l; FE < 30%, o decremento > 10%)
- Non urgente (a richiesta paziente, necessità burocratiche)
- A giudizio del MMG per condizioni particolari (ridotta funzione renale clearance creatinina <40ml/min creatinina >2.5 mg/dl; ipertensione polmonare; comorbidità; problemi relazionali, scarsa compliance)

Ruolo specifico dell'Infermiere a seconda del PDTA

4) Paziente con scompenso cardiaco acuto di nuova diagnosi o cronico in fase di instabilizzazione

Operatori: Cardiologo, MMG, infermiere

Il paziente è in carico congiunto al MMG e allo Specialista e accede alla Casa della Salute in base a criteri prespecificati per :

- 1) *Visita Clinica e Cardiologica*
- 2) *Diagnostica di base*
- 3) *Ottimizzazione terapeutica*
- 4) *Stratificazione prognostica e Monitoraggio*
- 5) *Verifica requisiti di invio in Ospedale*

Interventi previsti da PDTA:

- Diagnosi precoce delle instabilizzazioni e gestione delle cause extra cardiache (comorbidità, anche stagionali)
- Stratificazione prognostica
- Verifica della necessità di ulteriore terapia non farmacologica (dispositivi impiantabili, rivascolarizzazione, chirurgia coronarica e/o valvolare)
- Valutazione Multi Dimensionale
- Educazione all'auto-cura
- Valutazione periodica secondo il piano di cura adottato e concordato con condivisione dei dati clinici e ritorno delle informazioni inerenti le diverse fasi del percorso assistenziale
- Valutazione periodica (almeno trimestrale) dei pazienti in trattamento ottimale Ace-i e B-bloccanti secondo il piano di cura adottato e concordato con condivisione dei dati clinici
- Valutazione specialistica periodica secondo il piano di cura adottato e concordato con condivisione dei dati clinici e ritorno delle informazioni inerenti le diverse fasi del percorso assistenziale
- Presa in carico specialistica temporanea in pazienti con complicanze gravi recenti (instabilizzazioni, aritmie sintomatiche, IMA) o rapidamente evolutive
- Eventuale possibilità (se disponibile) di somministrazione di terapie infusionali (diuretici)

Ruolo specifico dell'Infermiere a seconda del PDTA

5) Paziente con scompenso avanzato, candidabile a trapianto o assistenza ventricolare (stadio D LG AHA/ACC, NYHA III-IV)

Operatori: Cardiologo, MMG, Infermiere

- Gestione specialistica con feed-back al MMG
- Gestione domiciliare ADP/ADI del PDT e delle problematiche extracardiache con feed-back all'ambulatorio specialistico (cartella personale del pz)
- Assistenza psicologica

Ruolo specifico dell'Infermiere a seconda del PDTA

6) Pazienti con scompenso in fase terminale, candidabile a cure palliative (stadio d)

Operatori: Cardiologo, Infermiere, MMG, Psicologo, Assistente Sociale, Operatori di Assistenza Domiciliare

- Gestione specialistica con feed-back al MMG
- Piano di cura concordato con altri specialisti
- Assistenza psicologica al paziente ed alla Famiglia
- Sospensione di trattamenti non necessari
- Valutare possibilità di trattamento infusione domiciliare con diuretici, dobutamina, ossigenoterapia
- Sede di trattamento a domicilio in ADI oppure in Hospice in base a disponibilità locale e/o scelta del paziente


Che cosa fare per avere infermieri sempre più competenti nello SC?



Cattedra di Scienze Infermieristiche



Corso di formazione universitaria per infermieri sullo scompenso cardiaco



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

European Journal of Heart Failure (2016) 18, 736–743
doi:10.1002/ejhf.568

HFA OF ESC NURSE CURRICULUM

Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum

Jillian P. Riley^{1*}, Felicity Astin², Marisa G. Crespo-Leiro³, Christi M. Deaton⁴, Jens Kienhorst⁵, Ekaterini Lambrinou⁶, Theresa A. McDonagh⁷, Claire A. Rushton⁸, Anna Stromberg⁹, Gerasimos Filippatos¹⁰, and Stefan D. Anker¹¹

Che cosa fare per avere infermieri sempre più competenti nello SC?



Cattedra di Scienze Infermieristiche



Corso di formazione universitaria per infermieri sullo scompenso cardiaco

Obiettivi formativi

1. Essere in grado di riconoscere i pazienti con sospetto SC ed i trigger che possono peggiorare la malattia
2. Valutare e monitorare segni e sintomi dello SC
3. Applicare teorie educative per sviluppare implementare e valutare interventi educativi per paziente e famiglia
4. Fornire consigli sul self-care e lo stile di vita (dieta, attività fisica e viaggi)
5. Utilizzare e gestire l'utilizzo della terapia farmacologica e device
6. Valutare con competenza e rapidità i bisogni dei pazienti con SC acuto e fornire la relativa assistenza
7. Identificare i bisogni di cure palliative per i pazienti ed i loro familiari
8. Riconoscere l'importanza della comorbilità e pianificare un'assistenza individualizzata
9. Identificare e comprendere i bisogni di strategie innovative per la gestione dello SC avanzato e trapianto cardiaco
10. Esercitare il ruolo di leader nell'assistenza infermieristica alle persone con SC

Grazie per l'attenzione

ercole.vellone@uniroma2.it