

# **PERCORSO ASSISTENZIALE OSPEDALE –TERRITORIO PER I PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO**

**Azienda Sanitaria di Firenze  
Società della salute di Firenze**

## **Motivazioni del percorso:**

- 1)** Necessità di ottimizzazione del **percorso intraospedaliero** del paziente, dal momento dell'ingresso al Dipartimento di Emergenza (DEA), al trasferimento del reparto specifico di competenza e alla dimissione ospedaliera
- 2)** Necessità di pianificare il **percorso territoriale** del paziente articolato su:
  - attività di counseling e di monitoraggio (ambulatoriale o domiciliare effettuato dall'infermiere territoriale
  
  - controlli clinici preordinati da parte del MMG e del Cardiologo

## **Attori del progetto:**

### **Percorso Ospedaliero:**

- Specialisti ospedalieri (Medico d'urgenza-Internista-Cardiologo-Anestesista Rianimatore)
- Infermieri professionali Ospedalieri

### **Percorso Territoriale:**

- Medico di Medicina Generale
- Infermieri professionali territoriali
- Specialisti consulenti
- Riabilitatori
- Dietologi
- Assistenti sociali
- Volontariato

## **PERCORSO OSPEDALIERO**

### **Criticità attuali da risolvere con il percorso:**

- Stratificazione prognostica precoce del malato con scompenso al DEA sulla base di un score multiparametrico che indirizza il trasferimento verso l'Area critica o l'High Care
- Condivisione di parametri di stabilità per la dimissione del paziente e standardizzazione delle informazioni presenti nella lettera di dimissione

- Elaborazione di uno score di rischio alla dimissione basato su elementi clinici, strumentali e neuroormonali, sulla base del quale programmare un follow-up differenziato del paziente

### **Schema Operativo:**

Una volta stabilizzato in DEA il paziente ricoverato per scompenso cardiaco acuto, viene compilata una “**SCHEDA SCOMPENSO**” che comprende alcuni parametri clinici, strumentali ed ematici sulla cui base viene fatta una stratificazione prognostica del pz e stilato uno score numerico sulla base del quale viene deciso se trasferire il paziente in High Care Medica o in Area Critica.

La **SCHEDA SCOMPENSO** segue il paziente nel reparto di trasferimento ove viene completata con i dati funzionali al raggiungimento di tali obiettivi:

- Identificazione di parametri condivisi e standardizzati di stabilità e di dimissibilità del paziente
- Condivisione delle informazioni necessariamente presenti nella relazione di dimissione per il MMG

Il giorno della dimissione la **SCHEDA SCOMPENSO** viene inviata ad un case Manager Infermieristico Ospedaliero che, sulla base delle informazioni in essa contenute, sarà in grado di compilare uno Score numerico sulla base del quale saranno identificati 3 gruppi di pazienti (A-B-C) a diverso profilo di rischio di malattia, a cui corrispondono 3 diverse modalità assistenziali sul territorio:

### **PERCORSO TERRITORIALE**

Alla dimissione viene comunicato al MMG il grado del rischio di ricaduta (A, B, o C) e pertanto il MMG valuta, se del caso, di decidere quale tipo di percorso attuare e quindi o per l'apertura di counseling o di un monitoraggio infermieristico ambulatoriale o domiciliare. A ciò segue l'attivazione del servizio infermieristico territoriale e del servizio sociale, se necessario.

Nel caso di un paziente a rischio intermedio (percorso B) il MMG può decidere per un'attivazione del servizio infermieristico presso il suo ambulatorio con scadenza programmata.

Nel caso di un paziente ad alto rischio (percorso C) viene eseguita una prima visita congiunta (infermiere e MMG) a casa del paziente attraverso l'attivazione di un ADI o un ADP per pianificare il piano assistenziale e la frequenza dei controlli. Segue la fase di monitoraggio domiciliare dell'infermiere che ad ogni controllo rileva variazioni di segni e sintomi di scompenso, variazioni di parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, diuresi) misura il peso corporeo e si accerta della corretta assunzione dei farmaci. Tutte queste informazioni vengono comunicate telefonicamente o inviate ogni volta via fax al MMG. In caso di peggioramento clinico l'infermiere contatta il MMG che decide per una variazione terapeutica o per una consulenza cardiologica urgente. Se necessario, sulla base della prescrizione del MMG, l'infermiere esegue un ciclo infusivo di diuretici per via endovenosa, terapia che nella maggior parte dei casi è sufficiente se eseguita precocemente, a risolvere il quadro di pre-instabilizzazione

<b>GRUPPO A (Basso Rischio)</b>	Incontri di gruppo di educazione sanitaria per sviluppare conoscenze sulla malattia e promuoverne il self management da parte del pz e dei familiari. (Infermieri-dietiste-MMG)
<b>GRUPPO B (Medio rischio)</b>	Programma di monitoraggio infermieristico ambulatoriale (Distretto e/o ambulatori dei MMG). Programma di controlli clinici preordinati da parte del MMG e del Cardiologo
<b>GRUPPO C (alto rischio)</b>	Programma di monitoraggio infermieristico domiciliare e di controlli clinici preordinati del MMG. Via preferenziale per consulenza cardiologica telefonica o ambulatoriale urgente Possibilità di esecuzione di trattamenti infusivi domiciliari

La Popolazione Target del percorso è costituita da:

1. residenti nel Comune di Firenze
2. affetti da scompenso cardiaco cronico che nell'anno 2006 sono stati dimessi dagli ospedali con DRG 127 ed hanno, nel corso dell'anno, effettuato 1 o più ricoveri;
3. affetti da scompenso cardiaco cronico che nell'anno 2008-2009 saranno dimessi dagli ospedali con DRG 127

#### **Dati epidemiologici 2006:**

**988 pz** residenti nel Comune di Firenze ricoverati per scompenso cardiaco (DRG 127)

Tali pazienti hanno effettuato **1238 ricoveri** per scompenso così distribuiti:

- **811 pz 1 solo ricovero (Gruppo A)**
- **130 pz 2 ricoveri (Gruppo B)**
- **47 pz più di 2 ricoveri (Gruppo C)**

## Modalità di inserimento dei pazienti nel Percorso:

<b>Inserimento “retrospettivo” sulla base dei dati epidemiologici (pz ricoverati per DRG 127 nel 2006)</b>	I pz saranno distribuiti nei 3 gruppi del Percorso Territoriale sulla base del numero dei ricoveri effettuati nel 2006 (1-2 o più di 2)
<b>Inserimento “prospettico” per i pz dimessi con DRG 127 nel 2008</b>	I pz saranno distribuiti nei 3 gruppi del percorso sulla base dello Score numerico elaborato alla dimissione ospedaliera
<b>Inserimento diretto da parte del MMG</b>	I pz saranno distribuiti nei 3 gruppi del percorso sulla base di criteri clinici ed ecocardiografici

<b>OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO</b>	
<b>1</b>	<b>Miglioramento della qualità di vita dei pz affetti da scompenso cardiaco cronico</b>
<b>2</b>	<b>Promozione del self-management attraverso la formazione del paziente e dei familiari ed il loro coinvolgimento nel piano di cura</b>
<b>3</b>	<b>Riduzione del numero dei reingressi ospedalieri nei pz affetti da scompenso cardiaco cronico</b>
<b>4</b>	<b>Promozione di una modalità di lavoro multidisciplinare in rete e sviluppo di nuove competenze dell’infermiere in ambito di cure primarie</b>

## Tempistica di attuazione del progetto:

### Entro il primo trimestre 2008:

- Completamento della fase di pianificazione e dell’analisi delle risorse necessarie
- Incontri di presentazione del progetto nei Presidi Ospedalieri e all’Ordine dei Medici

**1 Aprile 2008:** Inizio dell’arruolamento “Retrospettivo” e “diretto” da parte del MMG

**Entro il secondo trimestre 2008:** Inizio arruolamento “prospettico” alla dimissione ospedaliera