

L'INSUFFICIENZA CARDIACA

IL CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO SPECIALISTICO IN AMBITO CARDIOLOGICO



Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII Bergamo

S. Cesa^{^^}, M. Casati^{***}, L. Tomasoni[^], C. Begnis^{**}, R. Adobati^{*}, G. Bagini^{*}, E. Colleoni^{*}, M. Grigis^{*}, L. Latini^{*}, O. Natali^{*}, S. Papetti^{*}, E. Besana[°], F. Micheletti[°], G. Leidi[°].

^{^^} Direttore DAPSS - Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali

^{***} Responsabile SS Progettazione e Sviluppo - DAPSS e Direttore Distretto Valle Brembana, Valle Imagna, Villa D'Almè

[^] Responsabile Dipartimento a Valenza Chirurgica, DAPSS

^{**} Infermiere Coordinatore, SC CARDIOLOGIA 1 e DH

^{*} Infermiere case-manager Cardiologia Scopenso

[°] Infermiera Cardiologia 1

[°] Infermiera studente Master di coordinamento

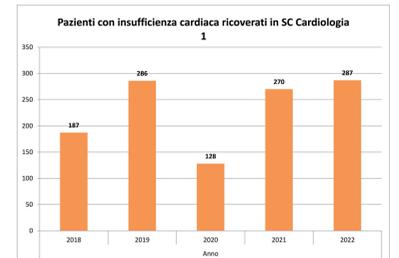
PREMESSA:

L'insufficienza cardiaca (HF) è una delle forme più diffuse, complesse e costose delle malattie cardiovascolari (Savarese G et al 2017). I costi stimati variano significativamente tra diversi studi, ma può arrivare ad un costo di più di 10.000 euro per paziente in un anno (Sanders-van Wijk S et al 2012, Lesyuk W et al 2018). Senza partecipazione attiva dei pazienti nei loro processi di cura, l'onere dell'HF sul lavoro sanitario e sui costi sarebbe insostenibile.

La Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII di Bergamo ha sviluppato dal 2011 un filone progettuale per l'istituzione del Case Management Professionale Specialistico presso alcuni ambiti assistenziali, tra cui quello dedicato all'insufficienza cardiaca.

CONTESTO AZIENDALE:

L'ASST Papa Giovanni XXIII è sede di un Ospedale ad alta specializzazione e di rilievo nazionale. La persona assistita affetta da insufficienza cardiaca può ricevere cure personalizzate e innovative, ad opera di un gruppo di sanitari che lavora in sinergia, allo scopo di raggiungere il miglior outcome. La persona assistita con insufficienza cardiaca, in base alla progressione della malattia e al grado di self-care, viene presa in carico nei diversi setting assistenziali (degenza, day hospital, ambulatorio Infermieristico e Medico dello Scopenso Cardiaco, teleassistenza, televisita).

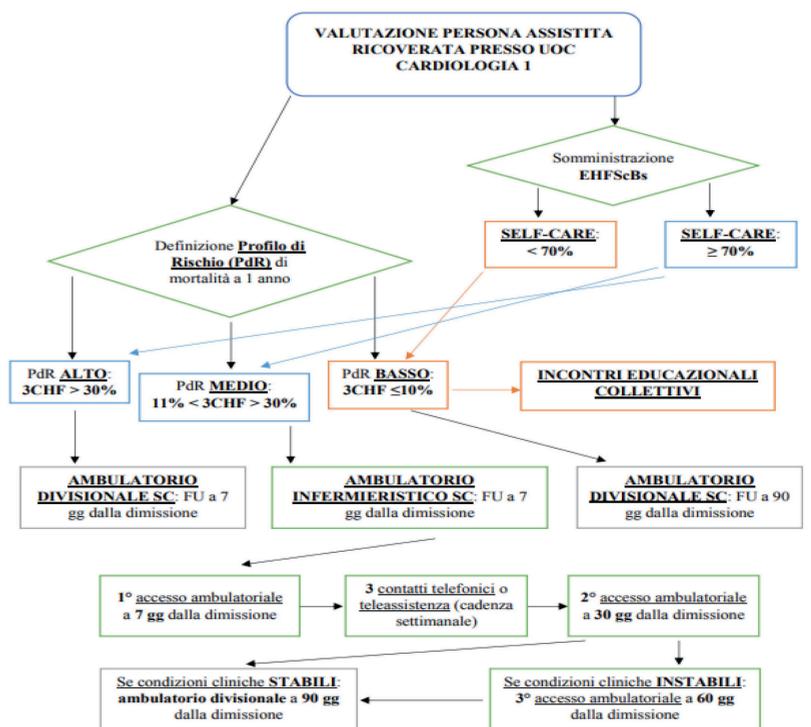


OBBIETTIVI:

- Sviluppare nei pazienti con insufficienza cardiaca un adeguato grado di self-care;
 - Ridurre le reospedalizzazioni.
- Per garantire alla persona assistita il percorso di cura più appropriato è stato adottato un sistema di **stratificazione clinica** e uno **score assistenziale**:
- Lo **score clinico 3CHF** (Cardiac and Comorbid Conditions Heart Failure) che, sulla scorta di dati clinici oggettivi, ha mostrato la maggior capacità predittiva di eventi avversi. In base al calcolo il paziente può avere un profilo di rischio basso (0-10%) medio (11-30%) o alto (> 30%) (Senni M. et al, 2013).
 - La capacità di valutazione dell'autocura della persona assistita attraverso la scala di valutazione del self-care "The European Heart Failure Self-care Behavior Scale", redatta da T. Jaarsma, Stromberg, Martensson, Dracup nel 2009. Tale scala è stata validata nella versione italiana da Pulignano e Del Sindaco nel 2001. In base al punteggio ottenuto il paziente potrà risultare con self-care adeguato (≥ 70) o inadeguato (≤ 70) (Jaarsma T. et al, 1999).

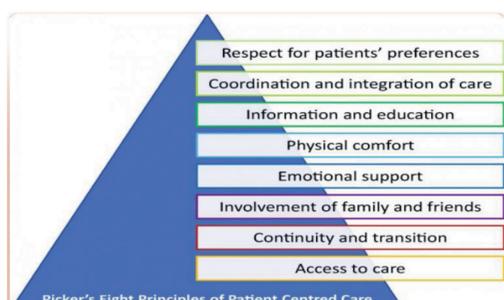
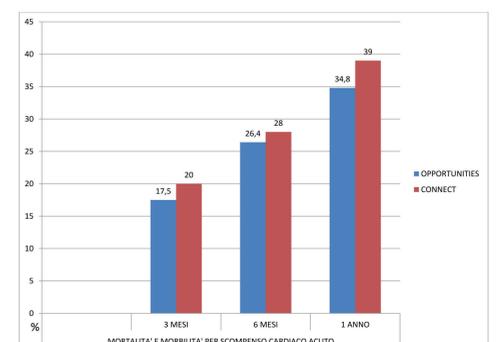
METODI:

- I pazienti con insufficienza cardiaca sono seguiti sempre dallo stesso gruppo di infermieri nei diversi setting assistenziali, garantendo così la continuità di cura. Tutti gli utenti durante il ricovero ricevono un opuscolo informativo, dove vengono illustrate le regole da seguire per gestire al meglio la malattia, e vengono inseriti all'interno di un database dedicato, che risulta fondamentale per la loro stratificazione.
- Alle persone assistite con **profilo di rischio basso** (1-10%) e con adeguato self-care (European Heart Failure Self-care Behavior Scale punteggio ≥ 70) viene programmato un controllo ambulatoriale integrato a 3 mesi dalla dimissione.
 - Le persone con un **profilo di rischio alto** (> 30%), vengono inserite nel programma di DH cardiologico o all'interno dell'Ambulatorio Divisionale SCC a 7/10 giorni.
 - I pazienti con un **profilo di rischio medio** (11-30%) e self-care inadeguato (European Heart Failure Self-care Behavior Scale punteggio ≤ 70) vengono presi in carico nell'Ambulatorio Infermieristico Integrato dello scopenso cardiaco.
 - Per i soggetti che hanno un **inadeguato self-care** (European Heart Failure Self-care Behavior Scale punteggio ≤ 70) vengono organizzati incontri educazionali di gruppo.
- Tale attività è in essere dal 2019 ed è rivolta sia alle persone assistite che ai loro caregivers. In questa sede, oltre all'Infermiere, collaborano per l'educazione sanitaria la Fisioterapista e la Dietista. Durante la pandemia da COVID 19 l'attività ha subito alcune modifiche. Nel 2021 sono stati realizzati due incontri on-line utilizzando la piattaforma Meet. Attualmente gli incontri educazionali avvengono in presenza e sono indirizzati non solo ai pazienti dimessi dalla SC Cardiologia 1, ma anche a quelli provenienti dall'ambulatorio dello scopenso cardiaco, qualora si riscontrino un inadeguato self-care.



RISULTATI:

Dal 2022 gli incontri educazionali rappresentano per il paziente con insufficienza cardiaca l'occasione per porre domande, chiarire dubbi e perplessità. Dai questionari di gradimento somministrati al termine degli incontri risulta che tutti i partecipanti hanno dato valutazione positiva all'evento e lo ritiene utile. Confrontando i dati parziali e non ancora pubblicati del registro OPPORTUNITIES effettuato su pazienti afferenti a ATS di Bergamo con i dati dello studio americano CONNECT, considerando i pazienti con frazione di eiezione ridotta (< 35%) (indagine retrospettiva da gennaio 2017 a maggio 2020), risulta che le percentuali di mortalità e morbilità a 3, 6 e 12 mesi siano inferiori nella popolazione considerata dallo studio OPPORTUNITIES (protocollo CE 109-20). E' in divenire la raccolta dati relativa al confronto di questi dati rispetto a tutti gli interventi infermieristici in essere presso ASST Papa Giovanni XXIII descritti in precedenza con l'obiettivo di promuovere il self-care nei pazienti con insufficienza cardiaca e per dimostrare come l'infermiere risulti determinante nella correzione dei fattori di rischio, per l'ottimizzazione all'aderenza alla terapia farmacologica, per la rilevazione precoce dei "campanelli d'allarme". Inoltre, l'infermiere case manager ha un ruolo determinante nel fornire e monitorare le raccomandazioni relative alla gestione della malattia (rilevazione quotidiana del peso corporeo, restrizione idrica, esecuzione attività fisica, regime dietetico sano ed iposodico) (Linee Guida ESC, 2021). A tale scopo il progetto aziendale ha permesso di **consolidare le funzioni di un gruppo di infermieri case manager**, che operano presso il Day Hospital e l'Ambulatorio dello Scopenso Cardiaco.



CONCLUSIONI:

L'infermiere case manager specialistico rappresenta un punto di riferimento costante per le persone assistite e i loro caregivers. La malattia cronica necessita di modelli assistenziali e organizzativi innovativi, in grado di integrare percorsi di cura tra ospedale e territorio, come sollecitato dalla Legge Regionale 22-2021 della Regione Lombardia. Deve esserci una **stretta collaborazione fra tutti i professionisti sanitari** che operano in un'ottica di multidisciplinarietà, allo scopo di garantire la vera "presa in carico" del paziente, dal momento del ricovero ospedaliero fino al domicilio. Questo presuppone nuove modalità organizzative, comunicative e relazionali, che portano ad una maggiore efficienza del sistema, con diminuzione della spesa sanitaria e garanzia di una miglior qualità della vita del paziente con insufficienza cardiaca (Martini L. et al, 2021).

