GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE

GITIC

NEWSLETTER SETTEMBRE 2019

Con la fine dell'estate torna l'appuntamento con la nostra newsletter: parleremo delle novità in materia di **pronto soccorso** dopo il tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute; Nella seconda parte invece troveranno spazio le risposte riguardo le **cure palliative**, rispondendo ai quesiti maturati durante l'evento "Cardiopatia e Cronicità" tenutisi a Camogli nel Giugno scorso. Ricordiamo di compilare **il questionario** per aiutarci a crescere sviluppando contenuti e rubriche nella newsletter. Buona lettura!

I NUMERI DEL PRONTO SOCCORSO

Secondo le nuove linee di indirizzo elaborate dal Tavolo di lavoro istituito presso il Ministero della Salute e approvate il 1° agosto di quest'anno dalla Conferenza Stato-Regioni, sono in previsione numerosi cambiamenti per il Pronto Soccorso.

I documenti redatti hanno tre obiettivi fondamentali:

1. Evitare i ricoveri inappropriati
2. Ridurre i tempi di attesa
3. Aumentare la sicurezza delle dimissioni

A tale scopo sono state redatte tre linee di indirizzo nazionali, sui tre obiettivi appena descritti, che riguardano:
il triage intraospedaliero,
l'osservazione breve intensiva - OBI
e lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso.

TRIAGE

Per quanto concerne il triage vi sarà l'adozione del codice numerico. Il modello, proposto dal Ministero, prevede l'introduzione di un codice di priorità da 1 a 5 e un conseguente tempo di accesso, a tali numeri le Regioni possono associare anche il codice colore:
Numero 1: Rosso (emergenza: accesso immediato);
Numero 2: Arancione (urgenza: accesso entro 15 minuti);
Numero 3: Azzurro (urgenza differibile: accesso entro 60 minuti);
Numero 4: Verde (urgenza minore: accesso entro 120 minuti);
Numero 5: Bianco (non urgenza: accesso entro 240 minuti).

"La nuova codifica" precisano le Linee Guida "consente di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore".

Nel documento sono inoltre definiti le modalità di rivalutazione, qualunque modifica dei parametri rilevata durante la fase di rivalutazione potrà determinare una variazione anche dei relativi tempi di attesa.

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa

Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Tabella: Nuova codifica priorità e tempi di attesa (Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero, Ministero della Salute 2019)

SAVE THE DATE

4 Ottobre 2019

Update in elettrofisiologia:
tra realtà e innovazione

Centro Cardiologico Monzino, Milano

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE

GITIC

AIUTACI A CRESCERE!

Compilando il breve questionario
presente nel link sottostante ci aiuterai a migliorare e crescere
https://forms.gle/g4zpJtjqJtro2mPZ9

Trovi il link anche sul nostro sito e sui nostri profili social
www.gitic.it

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (O.B.I)

Per quanto concerne l'O.B.I nelle linee guida si specifica come "l'ammissione dei pazienti in O.B.I., laddove appropriata, debba avere una durata non inferiore alle 6 ore e non possa superare le 44 ore totali dalla presa in carico al triage in P.S".

Successivamente può avvenire il ricovero del paziente presso una unità di degenza della struttura ospedaliera o il suo reindirizzamento verso una struttura territoriale o residenziale.

Nel documento sono inoltre specificate le dotazioni standard strumentali e di organico, di cui nel dettaglio abbiamo come dotazione minima la presenza di una unità infermieristica nelle 24 ore e di una unità medica per almeno 8 ore diurne non continuative, ed è altresì indicata la presenza di una unità di OSS nelle 12 pre diurne; mentre nelle ore notturne la presenza medica e OSS è garantita dal personale del Pronto Soccorso.

Processo di Pronto Soccorso

FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI	
TRIAGE	1. Assegnazione della priorità 2. Assegnazione ad uno specifico percorso 3. Rivalutazione nell'attesa	1. Invio diretto in sala d'emergenza 2. Assegnazione ad un ambulatorio 3. Avvio di un Fast Track 4. Prestazione diretta (See and Treat)		Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: **8 ore**	
PRONTO SOCCORSO	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (follow up)		
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti		
		Invio in O.B.I.			Minimo **6 ore** dall'ingresso in OBI Massimo **44 ore** dalla presa in carico al triage
O.B.I.	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (*follow up*)		
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti		

Tabella: Processo di Pronto Soccorso (Linee di Indirizzo Nazionali sul Triage Intraospedaliero, Ministero della Salute 2019)

SCRIVICI!

Vuoi condividere esperienze professionali, casi clinici interessanti, progetti e innovazioni clinico-assistenziali o abstract di tesi in ambito cardiovascolare?

Inviaci il tuo elaborato (max 500 parole), potrebbe essere pubblicato nelle nostre prossime newsletter!
gitic@expopoint.it

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE

GITIC

SAVE THE DATE

15 Novembre 2019

Corso ECG BASE

ASST Gaetano Pini, Milano

TABELLA 1: DOTAZIONE ORGANICA MINIMA OBI			
FIGURE PROFESSIONALI	*FINO A 4 POSTAZIONI*	*DA 5 A 8 POSTAZIONI*	*DA 9 A 15 POSTAZIONI*
MEDICO	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	60 min/die per postazione	60 min/die per postazione
INFERMIERE	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	1 UNITÀ H 24	2 UNITÀ H 24
OSS	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ H 24

Tabella: Dotazione organica minima OBI (Linee di Indirizzo Nazionali sull'Osservazione Breve Intensità-OBI, Ministero della Salute 2019)

SOVRAFFOLAMENTO

Per la gestione del sovraffollamento in pronto soccorso è interessante l'istituzione della stanza/area di ricovero ("Admission Room"), che il documento definisce come "aree dell'ospedale ed esterne al Pronto Soccorso, dedicate ai pazienti in attesa di ricovero, come soluzione provvisoria da utilizzare nel caso di grave sovraffollamento".

Sempre su questa linea vi è anche l'introduzione della funzione di Bed Management, definita dal Ministero come "una funzione della Direzione Aziendale tesa ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostici terapeutici".
Tale funzione si baserà sulla verifica in tempo reale della disponibilità dei posti letti tramite l'implementazione di un cruscotto per il monitoraggio che consenta una collaborazione tra tutte le strutture del presidio. Prevedendo inoltre, qualora si renda necessario, l'organizzazione di un sistema di dimissione verso altri setting assistenziali (Post acuzie, Riabilitazione, Ospedali di Comunità, case della Salute, ecc.).

Per le novità qui descritte, e per tutte le altre che non sono state approfondite, è previsto un periodo di transizione di 18 mesi.

LINK:
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3849
http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=74972
http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=76271&fr=n&fbclid=IwAR1OhaevYbGica9GIe5neCKKZaSzMa8PqHaNPWJP4eWaA8BDrsAmiAl3x3U
http://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2019/08/01/cambiano-regole-pronto-soccorso-numeri-colori-e-tempi-cert_8312d047-3580-49bd-914a-4cf872ad45e4.html?fbclid=IwAR2OB8lPVsZcHt_Z0Hj_E0R8EcUTKX9qA1UOy9RvcytYvbw_L-Aqe6X1wP0

SAVE THE DATE

15 Novembre 2019

La gestione infermieristica del paziente chirurgico:
best practice

ASST Gaetano Pini, Milano

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE

GITIC

SAVE THE DATE

CORSO OSS

8 Novembre 2019

L'oss nel team di cura: realtà e prospettive

I.R.C.C.S Multimedica Sesto San Giovanni

APPROFONDIMENTI

Dal **corso di formazione ECM "Cardiopatia e cronicità"** organizzato dal GITiC con sede all'Istituto Cardiovascolare di Camogli, lo scorso 8 giugno 2019, diamo la parola alla Coordinatrice Infermieristica **Emanuela Zerbato**, della struttura di Cardiologia e Cardiochirurgia, ASST di Monza, per rispondere a quesiti emersi in platea per approfondire la tematica delle Cure Palliative di cui si è discusso durante il corso e che ha riscosso molto interesse.

Secondo la sua esperienza, com'è lo stato attuale delle cure palliative in Italia per le persone cardiopatiche sia a livello di cure domiciliari che residenziali?

Le Cure Palliative sono nate in Italia da iniziative private, legate ad enti di volontariato di matrice religiosa, avvalendosi di infermieri e medici provenienti prevalentemente dall'ambito di anestesia/rianimazione. È a partire dalla triennalità 1998-2000 che, tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, per la prima volta in maniera esplicita, sono presenti iniziative atte a "migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita" (Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000).

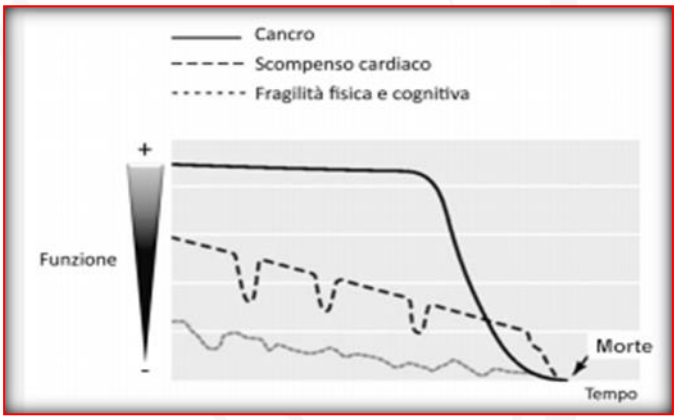
Momento fondamentale è stato il successivo riconoscimento nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A), per cui lo Stato e le regioni a partire dal 2001 devono fornire, gratuitamente, alla popolazione un modello assistenziale in rete, garante della qualità di vita e della dignità della persona (DPCM 29 novembre 2001).

Il 15 marzo 2010 è stata emanata la Legge 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010)
Nella legge i principi fondamentali sono:
a) tutela della dignita' e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
b) tutela e promozione della qualita' della vita fino al suo termine;
c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Le Cure Palliative sono in Italia molto diffuse e consolidate per l'ambito oncologico, sono di difficile attuazione in altre patologie croniche in fase terminale, in particolare per quelle cardiologiche.
La motivazione principale è la natura stessa della terminalità delle Cardiopatie.

Nella figura accanto vediamo a confronto l'espressione grafica di tre principali traiettorie di declino nelle fasi terminali di vita dei pazienti affetti da cancro, scompenso cardiaco e fragilità fisica e cognitiva

La traiettoria dello SC è caratterizzata, a differenza del cancro, da un graduale declino della capacità funzionale, interrotto da episodi acuti di instabilizzazione, che contribuiscono ad un andamento peggiorativo.



SCRIVICI!

Vuoi condividere esperienze professionali, casi clinici interessanti, progetti e innovazioni clinico-assistenziali o abstract di tesi in ambito cardiovascolare?

Inviaci il tuo elaborato (max 500 parole), potrebbe essere pubblicato nelle nostre prossime newsletter!

gitic@expopoint.it

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE

GITIC

SAVE THE DATE

7-8 Maggio 2020

NURSING CUORE 2020

I.R.C.C.S Multimedica Sesto San Giovanni

La letteratura e le esperienze sul campo suggeriscono ai clinici quando sia il momento di attivare le cure palliative per una persona cardiopatica che presenta scompenso cardiaco cronico? Se sì, quali sono le condizioni?

Dare spazio alla qualità della vita del malato, attraverso l'attenzione a tutti quegli aspetti che sono trasversali alla patologia e non e che riguardano anche la sfera emozionale, psicologica, culturale, sociale del singolo paziente, sono un aspetto innovativo della cura cardiologica a mio parere ancora carente.

Ma quando Attivarle?

In ambito Nazionale e Internazionale si è cercato di oggettivare il timing dell'inizio delle cure palliative.
Per la SIARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) potrebbe essere considerato "end stage" e di conseguenza avviato al supporto delle CP il cardiopatico che, nonostante terapia ottimale, presenti:

- classe NYHA IV
- ipotensione arteriosa e/o ritenzione di liquidi
- segni di cachessia
- più di una ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi
- scarsa risposta alla risincronizzazione cardiaca quando indicata
- necessità di frequente o continuo supporto farmacologico infusionale

Sempre SIARTI propone ai sanitari di iniziare la stadiazione dalla "surprise question": "quando visiti un malato, domandati se saresti sorpreso se morisse entro pochi mesi. Se la risposta è 'no' dai la precedenza alle sue preoccupazioni, al controllo dei sintomi, all'aiuto alla famiglia, alla continuità delle cure, al supporto spirituale.
Per eliminare paure e ansie, i malati cronici devono capire cosa sta accadendo. Quando vedi un malato 'sufficientemente malato per morire', parlagli, aiutalo e discuti con lui di questa possibilità."

Altre scale utilizzate per la stratificazione della prognosi di sopravvivenza minore di un anno sono l' Indice di Charlson, Music, CVM-HF 3C-HF

AIUTACI A CRESCERE!

Compilando il breve questionario
presente nel link sottostante ci aiuterai a migliorare e crescere
https://forms.gle/g4zpJtjqJtro2mPZ9

Trovi il link anche sul nostro sito e sui nostri profili social
www.gitic.it

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE

GITIC

SCRIVICI!

Vuoi condividere esperienze professionali, casi clinici interessanti, progetti e innovazioni clinico-assistenziali o abstract di tesi in ambito cardiovascolare?
Inviaci il tuo elaborato (max 500 parole), potrebbe essere pubblicato nelle nostre prossime newsletter!
gitic@expopoint.it

Concludendo, molto apprezzato dai partecipanti al corso è stato il richiamo all'approccio alle cure palliative di Cicely Saunders, potrebbe brevemente esporne il pensiero?

Cicely Saunders nasce nel 1918 nella benestante famiglia di Gordon Saunders. Nella sua vita divenne infermiera (diplomatasi nel 1944 alla durissima scuola Nightingale), un'assistente sociale, medico, ufficiale dell'Ordine dell'impero britannico, donna comandante, membro dell'Ordine al merito del Regno Unito; consegui' venticinque lauree honoris causa attraversando i terribili anni della seconda guerra mondiale.
Presso il Saint Thomas Hospital di Londra incontrò un paziente che le cambiò la vita: David Tasma, un ebreo scampato al ghetto di Varsavia ed affetto da una neoplasia in fase terminale. Discusse a lungo con lui, immaginò un luogo specifico per assistere i malati alla fine della vita e ricevette un dono. David le affidò un lascito di 500 sterline con la quale inizio' nel 1967 la costruzione del Saint Christopher Hospice, e precursore di moltissime altre strutture simili nel mondo. Da infermiera ed assistente sociale in quegli anni avrebbe rischiato di non essere ascoltata da nessuno, un chirurgo toracico per il quale lavorava le consigliò di iscriversi a medicina ed a 39 anni la Saunders conseguì laurea e abilitazione.

Questa donna è stata talmente straordinaria da essere ancora oggi una guida per i professionisti delle cure palliative. La presa in carico totale della persona nella malattia con uno spiccato interesse per la qualità di vita in ogni fase dell'esistenza, la scoperta dell'efficacia di un trattamento regolare del dolore, il riconoscimento del "dolore totale" dei morenti (chi è alla fine della vita soffre non solo nel corpo ma anche nello spirito, nella psiche, a livello sociale e culturale), fino alla comprensione del potenziale potere curativo delle relazioni nelle cure di fine vita, sono i cardini del pensiero di Cicely Saunders che ha segnato una svolta nel trattamento terminalità delle patologie.

I principi ispiratori dell'opera della Saunders corrispondono all' esigenza oggi universalmente riconosciuta di tutelare la dignità della persona morente.

Lei stessa si è avvalsa delle CP alla fine della sua vita terrena morì di neoplasia nel 2005, presso l'ospedale da lei stessa fondato, celebre la frase che dovrebbe far riflettere ogni sanitario: ***'Sono stata infermiera, sono stata assistente sociale, sono stata medico. Ma la cosa più difficile di tutte è imparare ad essere un paziente.'***

A cura di:
Alberio G., Capelli A.*, Elli C.*, Monolo D.* , Sessa B.", Spedale V.° e Zerbato E.°*

**membro del Comitato Scientifico*
°membro del Consiglio Direttivo
"membro del Research Team