



TELENURSING e CRONICITÀ: nuovi orizzonti di sostegno e cura



corso ECM FAD valido dal 03/05/2021 al 31/08/2021



www.jbprof.com

Modulo 3

LA MALATTIA CRONICA E LA GESTIONE DA REMOTO

«La Gestione del Paziente Cardiologico attraverso il Monitoraggio di telemetria (telemedicina)»

Fabrizio Chiappetta

A causa dell'emergenza legata alla pandemia di Sars-COV-2, gli Ospedali italiani sono stati oggetto in un breve lasso di tempo di una radicale e profonda ristrutturazione, indirizzata a *potenziare o creare ex novo aree intensive e non intensive di isolamento e cura dei malati COVID-19*, non essendo sufficienti i reparti già esistenti di terapia intensiva/rianimazione, malattie infettive e pneumologia per far fronte all'epidemia. Questo ha portato in molti casi alla necessità di riconvertire, durante il picco pandemico, anche posti letto e risorse sanitarie prima dedicate alla Cardiologia, alla cura dei malati COVID-19. Le attività elettive cardiologiche non urgenti sono state in molte realtà necessariamente ridotte o addirittura completamente sospese, anche nel tentativo di non esporre al rischio di contagio in ambiente ospedaliero i pazienti con problematiche cardiologiche, dimostratisi a maggior rischio di decorsi più sfavorevoli dell'infezione virale stessa. Infatti da un'analisi ISS fatta su un campione di 29.692 pazienti deceduti e positivi all'infezione da SARS-COV2 in Italia, il 28.2% presenta cardiopatia ischemica, il 10.6% ictus, il 16.0% scompenso cardiaco, il 22.5% fibrillazione atriale, il 68.1% ipertensione arteriosa. La mortalità, che è di poco superiore al 2% nella popolazione generale, sale al 6% nei pazienti ipertesi e raggiunge il 10% nei pazienti con scompenso cardiaco o altre malattie cardiovascolari. A questo si aggiunge il fatto che il clima di paura diffusi nella popolazione e le raccomandazioni provenienti dagli organismi regolatori sull'opportunità di non rivolgersi al Pronto Soccorso se non per situazioni particolarmente severe, ha *compromesso la possibilità di diagnosi tempestiva, ospedalizzazione e terapia di patologie ad alta morbilità e letalità quali le sindromi coronariche acute e lo scompenso cardiaco*.

Recenti reports documentano come in periodo di piena crisi pandemica (la cosiddetta fase 1), il numero di accessi in PS per sindromi coronariche acute si sia drasticamente ridotto rispetto ad un analogo periodo del 2019, ma nel contempo la mortalità di questi pazienti sia aumentata a causa di presentazioni più tardive condizionanti una minor efficacia delle cure ed un maggior rischio di complicanze. L'omissione protratta nel tempo delle attività diagnostiche e del trattamento delle patologie cardiache genererà in un prossimo futuro un importante *incremento epidemiologico di incidenza di molte cardiopatie*, con inevitabili problemi di salute pubblica ed aumento nella richiesta di prestazioni, tale da poter trovare impreparato il Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, anche nell'ipotesi che possa essere necessario "convivere" a lungo con l'infezione da SARS-COV-2, giova ricordare che è ormai chiaro che l'insufficienza respiratoria non è l'unico grave problema di COVID-19 ma che: a) la mortalità e la frequenza di complicazioni da COVID-19 sono più alte in pazienti affetti da malattie cardiovascolari; b) l'infezione da SARS-COV-2 è essa stessa in grado di provocare un danno miocardico diretto di natura infiammatoria (miocardite) ed un danno cardiovascolare indiretto causato da vasculite e trombosi polidistrettuale, responsabili di infarto del miocardio, ictus e vasculopatie acute.

I pazienti cardiopatici acuti e cronici con contemporanea malattia COVID19 a causa dell'emergenza sono stati spesso gestiti nella fase ospedaliera acuta da personale non adeguatamente formato ed in reparti non confacenti al trattamento delle patologie cardiache.

Non da ultimo bisogna ricordare il triste dato del tasso di contagio fra gli operatori sanitari, con 89.879 operatori infettati secondo l'aggiornamento ISS del 27 Dicembre 2020.

1. Evidenziare le priorità nella ripresa delle attività cardiologiche rallentate o azzerate a causa dall'emergenza COVID-19 nel territorio nazionale e che devono andare incontro ad un rapido recupero per far fronte alle esigenze dei malati cardiopatici attualmente in attesa di cure.

2. Identificare le criticità relative a questa ripartenza.

3. Proporre soluzioni pratiche nonché urgenti misure da intraprendere relativamente a questo tema, sia durante che immediatamente dopo la fase emergenziale COVID-19.

LE PRIORITÀ

1. Era pre-COVID

In era pre-COVID, le prestazioni cardiologiche erano divise in classe A, B, C e D per le prestazioni di ricovero (Tabella 1) ed in classe U, B, D P per le prestazioni ambulatoriali (Tabella 2).

Tabella 1. Classi di priorità previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 per le **prestazioni di ricovero**.

CLASSE DI PRIORITA'	DEFINIZIONE
Classe A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
Classe B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
Classe C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
Classe D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Tabella 2. Classi di priorità (RAO) per le **prestazioni ambulatoriali** previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021:

CLASSE DI PRIORITA'	DEFINIZIONE
Classe U (Urgente)	Prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore.
Classe B (Breve)	Prestazioni da eseguire entro 10 giorni.
Classe D (Differibile)	Prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici.
Classe P (Programmata)	Prestazioni da eseguire entro 120 giorni.

Con l'avvento di COVID-19 sarà importante riclassificare le priorità delle prestazioni tenendo conto di nuove variabili sopraggiunte.

2. Era post-COVID

1. Principi generali

La peculiare situazione epidemiologica legata alla crisi pandemica impone di ricordare alcune norme di principio che devono essere soddisfatte in maniera inderogabile nel processo di riorganizzazione delle attività di controllo del paziente cardiopatico. Esse possono essere riassunte nei seguenti punti:

1. **Minimizzare l'esposizione al coronavirus** per i pazienti (essendo i cardiopatici particolarmente a rischio di decorsi sfavorevoli) e per gli operatori sanitari;
2. **Mantenere alti standard procedurali e prognostici intraospedalieri** per i pazienti che richiedano trattamento durante il periodo di pandemia con percorsi riservati (i pazienti devono avere la percezione che i medici ed il sistema sanitario non li stanno abbandonando);
3. **Adattare l'attività delle terapie cardiologiche in funzione delle risorse** disponibili durante COVID-19, intese in termini di:
 - a) Anestesisti
 - b) Posti letto di terapia intensiva
 - c) Ventilatori
 - d) Dispositivi di protezione individuale (DPI)
4. **Evitare ulteriori ritardi di cure** in pazienti particolarmente ad alto rischio di deterioramento clinico, scompenso cardiaco e morte (a tutt'oggi nella pratica clinica si sono verificati frequentemente episodi di pazienti non-COVID con eventi cerebrovascolari (TIA) o cardiovascolari acuti (SCA) che hanno ritardato e/o rifiutato il ricovero in ambiente ospedaliero per paura di eventuale contagio).

2. Fattori condizionanti le priorità di cura

I piani di recupero devono tener conto dell'interdipendenza tra tre diverse variabili che sono:

1. **Entità dell'epidemia** a livello regionale/provinciale/locale;
2. **Disponibilità sanitaria;**
3. **Tipologia e gravità della patologia** cardiovascolare e complessità dell'intervento.

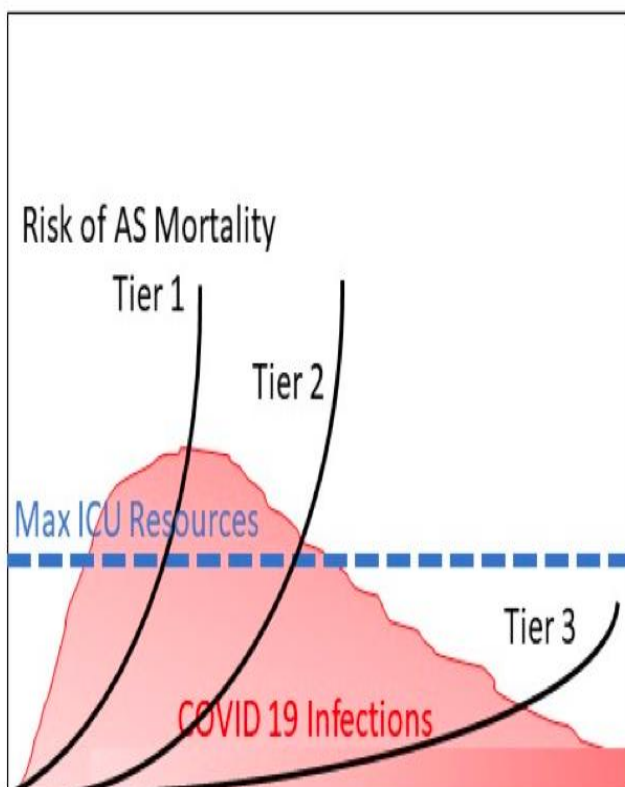
La **tipologia e gravità della patologia cardiovascolare** da trattare è intesa come il rischio di mortalità, morbilità ed ospedalizzazioni di quel paziente nel breve e medio termine, se lasciato intrattato.

Interdipendenza fra stato della pandemia locale, impatto sulle risorse ospedaliere e priorità di cure cardiologiche

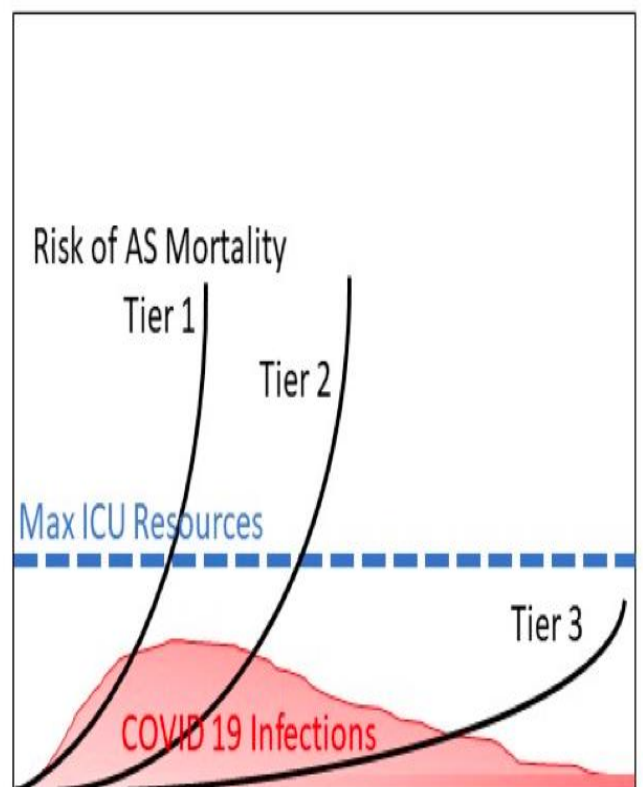
Nello scenario clinico A è raffigurata una condizione di alto impatto epidemico con un numero di contagi che, nella fase di picco, supera le massime risorse disponibili in terapia intensiva. In questo scenario, le procedure in pazienti con condizioni cardiologiche emergenti/urgenti (tier 1) dovrebbero essere eseguite solo dopo una accurata valutazione del profilo rischio/beneficio ed escludendo i casi futili. Le procedure semi-urgenti (tier 2) possono essere eseguite selettivamente favorendo i pazienti più giovani, a basso rischio e con caratteristiche anatomiche ideali per un outcome favorevole. Infine le procedure elettive (tier 3) dovrebbero essere eseguite solo tardivamente nel corso della pandemia. Nello scenario clinico B invece, il rapporto più favorevole tra la numerosità di contagi e la disponibilità di risorse ospedaliere potrà far scegliere ai centri di eseguire in corso di picco pandemico sia le procedure emergenti/urgenti che quelle semi-urgenti, mentre le procedure elettive dovrebbero comunque essere differite ad un momento più tardivo della curva pandemica.

Figura 1. Interdipendenza fra stato della pandemia locale, impatto sulle risorse ospedaliere e priorità di cure cardiologiche.

SCENARIO CLINICO A



SCENARIO CLINICO B



Distribuzione relative all'esecuzione di differenti prestazioni cardiologiche a seconda dello stato della pandemia e dell'impatto previsto sulle risorse sanitarie.

Numero di casi anticipati e impatto previsto sulle risorse ospedaliere

Stadio della Pandemia

	Precoce	Picco/Plateau	Tardivo
Basso	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguire visite ambulatoriali • Continuare a eseguire procedure • Considerare DPI* per tutti gli operatori sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Considerare visite in telemedicina</u> • Continuare le procedure rinviando la categoria 3 (soprattutto se Covid -) • DPI* per tutti gli operatori sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuare visite ambulatoriali • Riprendere la normale programmazione operatoria • DPI* per tutti gli operatori sanitari o loro uso basato su test
Moderato	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Precoce transizione alla telemedicina</u> • Continuare a eseguire procedura ma considerando rinvio della categoria 2 • Considerare DPI* per tutti gli operatori sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Eseguire solo visite in telemedicina</u> • Proseguire procedure categoria 1 e selezionati casi di categoria 2 (anatomia favorevole, più giovani) • DPI* per tutti gli operatori sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • Riprendere visite ambulatoriali • Riprendere normale programmazione privilegiando categoria 2 • DPI* per tutti gli operatori sanitari o loro uso basato su test
Severo	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Transizione rapida e massiccia alla telemedicina</u> • Continuare a eseguire procedure in categoria 1 e casi selezionati categoria 2 • DPI* per tutti gli operatori sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Eseguire solo visite in telemedicina</u> • Eseguire solo selezionati casi in categoria 1 evitando casi ad estremo rischio e futili • DPI* per tutti gli operatori sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Continuare telemedicina con lenta ripresa delle visite ambulatoriali</u> • Se le risorse lo permettono, riprendere procedure in categoria 1 e successivamente categoria 2 • DPI* per tutti gli operatori sanitari o loro uso basato su test

LE CRITICITÀ INDIVIDUATE

Criticità politico-sanitarie

Le prime criticità individuate possono essere definite come criticità di natura politico-sanitaria, nel senso che si tratta di problematiche che richiedono una risposta da parte di organi istituzionali.

Nello specifico, si ravvede la necessità che gli organi istituzionali (Ministero e Regioni) individuino dei **criteri univoci a livello nazionale** per categorizzare le tre variabili descritte che condizionano le strategie di ripartenza.

1. **PANDEMIA:** Utilizzo di parametri uniformi ed affidabili per quantificare la fase dell'epidemia (precoce/picco-plateau/tardiva) considerando sia il numero di contagi giornalieri per migliaia di abitanti sia la tipologia di trasmissione (casi sporadici, clusters, trasmissione comunitaria).
2. **RISORSE SANITARIE:** Utilizzo di parametri uniformi ed affidabili per quantificare le risorse sanitarie degli ospedali (numero di posti letto, ventilatori, personale sanitario, disponibilità DPI, disponibilità test) e del settore ambulatoriale e del territorio (capacità di accoglienza delle strutture, personale sanitario, disponibilità DPI e test), calcolandone la loro riduzione percentuale.
3. **PRIORITA' CLINICA:** Necessità di adottare in modo uniforme i criteri di definizione delle procedure emergenti/urgenti, semi-urgenti o elettive, trasversalmente per tutte le diverse branche mediche e chirurgiche, in modo da evitare una difformità di ripartenza che favorisca determinate branche a discapito di altre (a parità ovviamente di urgenza clinica).

Criticità ospedale - utenza

Il secondo gruppo di criticità riguarda il rapporto tra ospedale ed utenza ed in particolare ciò che si è osservato con questa pandemia è stato:

1. **Ritardo nella presentazione clinica** da parte dei pazienti con problematiche cardiovascolari acute per paura del contagio intraospedaliero;
2. **Ritardo nel riconoscimento di aggravamenti clinici** in patologie croniche o comunque già note;
3. **Accumulo dei pazienti in lista di attesa** per blocco delle attività con sfioramento dei tempi di attesa per categoria;
4. **Rischio di trasmissione di contagio in ambito-intraospedaliero** sia per i pazienti che per gli operatori sanitari.
5. **Potenziale scarsa disponibilità di posti letto,** apparecchiature per diagnostica e operatori sanitari, per poter al momento attuale della fase pandemica recuperare le richieste rimaste arretrate smaltendo i ritardi accumulati nelle liste di attesa per le diverse prestazioni;

PROVVEDIMENTI PROPOSTI

Il principio alla base di questa riorganizzazione è quello di posizionare al centro del percorso il paziente cardiopatico con tutte le sue esigenze e fragilità, offrendo una fattiva e concreta gestione integrata sia della fase di instabilizzazione clinica (elettivamente ospedaliera) sia di quella di prevenzione/follow-up (elettivamente territoriale).

In aggiunta e quale rafforzativo al principio di protezione del paziente fragile cardiopatico si rammenta la necessità di incentivare le norme di “distanziamento sociale” anche all’interno delle famiglie, fino a prevedere delle strutture ad hoc (es alberghi dedicati) per isolamento precauzionale del paziente o dei familiari conviventi qualora se ne ravvedesse la necessità.

CRITICITA’

Ritardo di presentazione clinica dei pazienti acuti per timore contagio

Sforamento liste di attesa per prestazioni di ricovero

Rischio diffusione contagio personale/pazienti

Scarsità risorse sanitarie per erogazione prestazioni (posti letto)

L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA AL PAZIENTE CARDIOLOGICO

L'educazione terapeutica sta diventando sempre più importante nella gestione delle malattie croniche, compresa la

cardiopatía ischemica cronica

e

l'insufficienza cardiaca

anche se la mancanza di personale, spazio e strumenti di formazione rappresentano un ostacolo al suo sviluppo.

L'educazione terapeutica dovrebbe
***migliorare la gestione multidisciplinare di
questa malattia***

che colpisce sempre più spesso.

RUOLO DELL'INFERMIERE

Nell'assistenza infermieristica

l'obiettivo

non è creare qualcosa di nuovo ma

riconoscere

che il paziente è l'attore

di un processo di riadattamento

in seguito alla malattia

Nei **pazienti affetti da patologie cardiache** l'intervento di educazione terapeutica accresce:

- la **consapevolezza** del proprio stato di salute
- la **padronanza** di sé e delle proprie risorse

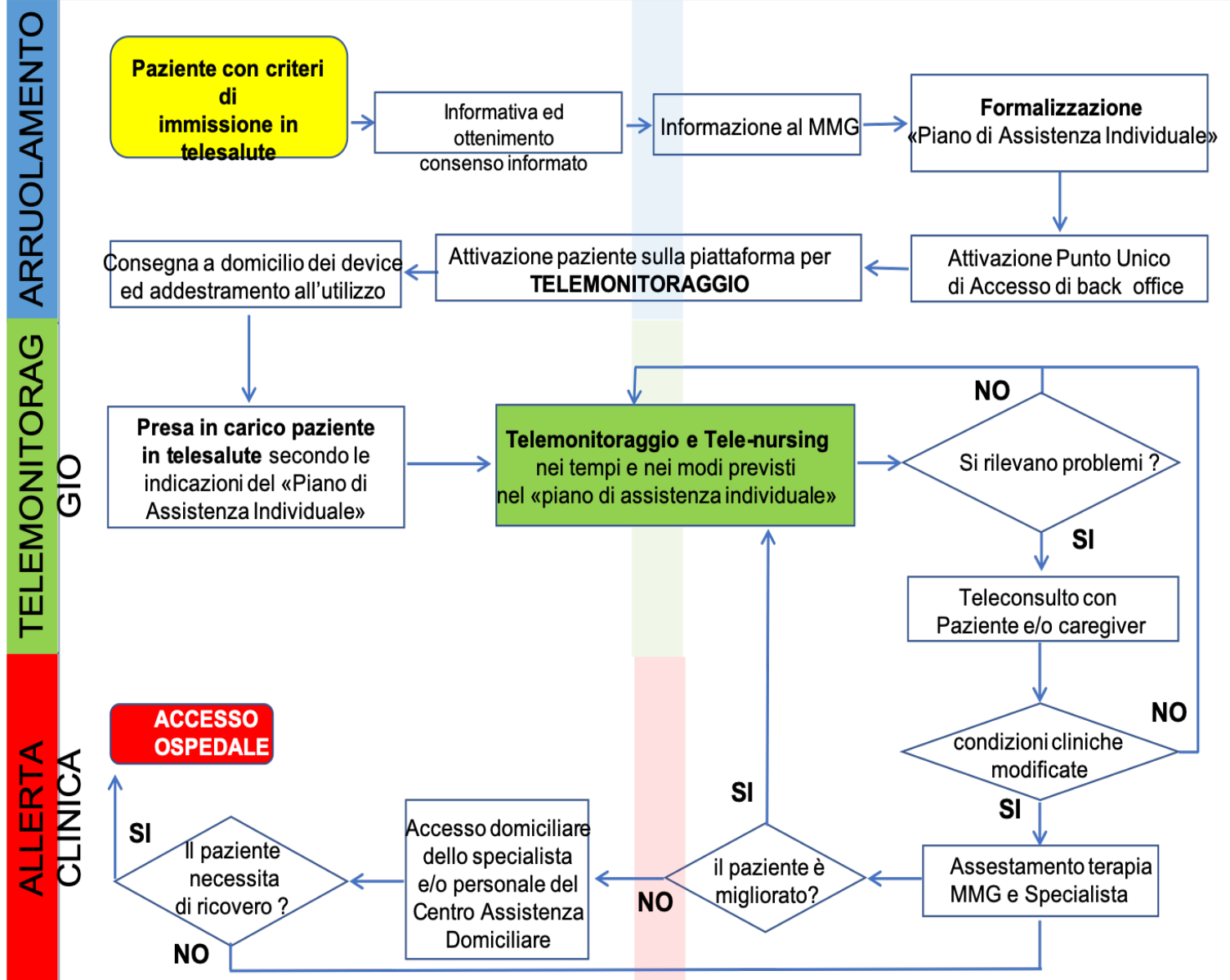
Percorso ambulatoriale Cardiopatico Cronico

Criticità relative al percorso ambulatoriale con relative soluzioni proposte.

CRITICITA'	SOLUZIONI PROPOSTE
Ritardo nel riconoscimento di aggravamenti clinici e potenziali ripercussioni	<ul style="list-style-type: none">➤ <u>Sviluppo di sistemi di telemedicina e monitoraggio remoto</u>➤ Decentramento territoriale delle patologie/pazienti più stabili
Sforamento liste di attesa per prestazioni ambulatoriali	<ul style="list-style-type: none">➤ <u>Sviluppo di sistemi di telemedicina e monitoraggio remoto</u>➤ Decentramento territoriale delle patologie/pazienti più stabili➤ Monitoraggio dei criteri di appropriatezza nelle richieste di diagnostica strumentale per ridurre richieste inutili/inappropriate e recuperare risorse➤ Limitare temporaneamente le richieste di esami strumentali solo agli specialisti cardiologi
Rischio diffusione contagio personale/pazienti	<ul style="list-style-type: none">➤ Garanzia di percorsi ospedalieri protetti (disponibilità di DPI, certificazione ospedali e reparti «COVID-free»).➤ Ridefinizione delle agende ambulatoriali in accordo con le misure di prevenzione del contagio (durata degli slot maggiore, prolungamento degli orari, orari di accesso ben definiti...)
Scarsità risorse sanitarie per erogazione prestazioni (apparecchiature per diagnostica/operatori/locali adibiti)	<ul style="list-style-type: none">➤ Aperture straordinarie per visite specialistiche ambulatoriali in giorni festivi e/o orari serali con acquisto di prestazione per smaltimento liste di attesa➤ Monitoraggio dei criteri di appropriatezza nelle richieste di diagnostica strumentale per ridurre richieste inutili/inappropriate e recuperare risorse

Processo di gestione in telemedicina del paziente Cardiopatico cronico.

PROCESSO DI GESTIONE IN TELESALUTE DEL PAZIENTE CRONICO



Roadmap per la transizione alla telecardiologia

1. Contattare tutti i pazienti in attesa di visita e proporre in alternativa di:
 - a. Mantenere la data ma convertirla in teleconsulto
 - b. Posticipare visita convenzionale
2. Uno staff tecnico supporta telefonicamente il paziente nel download delle applicazioni e dei software necessari per mettere nelle condizioni infermiere e paziente di effettuare una visita efficace e in sicurezza
3. Il medico in collaborazione con l'infermiere ricostruisce la storia clinica del paziente e verifica via telefono, un'ora prima della visita, che il paziente non abbia problemi di connessione
4. Prediligere sempre sistemi con videocamera alla semplice telefonata, per valutare fragilità del paziente, dispnea ed eventuali edemi
5. Dare messaggi chiari su come auto-monitorare i propri sintomi/segnali di peggioramento e come/quando comunicare con il curante o rivolgersi al PS/118.

VERIFICA DELLA PERCEZIONE

Accertarsi di aver

compreso

ciò che il paziente ha espresso

ricapitolando il messaggio

FEED-BACK

verbale

e

non verbale

serve per assicurare il paziente

che

il messaggio è stato compreso

Telecardiologia: quesiti aperti per le istituzioni

- Necessaria ufficializzazione della **valenza medico-legale** della visita in telemedicina;
- Necessario stabilire **modalità di rimborso** della visita o prestazione in remoto;
- Necessaria validazione dei **software** per tutela della privacy;
- Necessaria eventuale fornitura di **apparecchiature** per registrazione da remoto di ECG o di parametri vitali, secondo criteri selezionati di indicazione.

Monitoraggio remoto dei dispositivi cardiovascolari impiantabili (pacemaker e defibrillatori)

Il monitoraggio remoto dei dispositivi cardiovascolari impiantabili (pacemaker e defibrillatori) è già attivo sul territorio nazionale e consente di ottenere informazioni, da remoto attraverso piattaforme telematiche, sul corretto funzionamento del dispositivo impiantato (pacemaker, defibrillatore, monitor di eventi) e su alcune caratteristiche cliniche del paziente.

Gli strumenti utilizzati sono stati validati tecnologicamente, dal punto di vista normativo/legislativo e rispettano le normative di trasferimento delle informazioni sensibili.

Il monitoraggio remoto necessita di un modello organizzativo adeguato che comprende anche un team tecnico/infermieristico con referenti medici.

Vi è un'importante mole di letteratura che ne evidenzia l'utilità nella gestione del paziente portatore di dispositivi impiantabili in termini di prognosi e di qualità di vita.

Nell'attuale emergenza si è dimostrato di vitale importanza per mantenere il controllo dei dispositivi e dei pazienti (es. stato della batteria, eventi avversi, ecc..) garantendo la distanza sociale richiesta ed evitando il contatto tra operatori sanitari e pazienti, molti dei quali fragili.

Paradossalmente non è riconosciuto a questo modello di telemedicina un rimborso economico, se non nella Provincia Autonoma di Trento ed in Regione Veneto, riconoscimento necessario perché il modello diventi realmente operativo

Monitoraggio remoto: quesiti aperti per le istituzioni

- Necessità di riconoscimento del rimborso economico e di codifica specifica della prestazione per tracciare l'attività;
- Necessità di uniformare i modelli organizzativi sul territorio;
- Necessità di studiare integrazione con i percorsi intraospedalieri e con gli ambiti territoriali.

ESEMPI PRATICI

STEP 1: Verifica stato locale della pandemia e impatto sulle risorse sanitarie

Numero di casi anticipati e Impatto previsto sulle risorse ospedaliere	Stadio della Pandemia		
	Precoce	Picco/Plateau	Tardivo
Basso	<ul style="list-style-type: none">• Proseguire visite ambulatoriali• Continuare a eseguire procedure• Considerare DPI* per tutti gli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none">• Considerare visite in telemedicina• Continuare le procedure rinviando la categoria 3 (soprattutto se Covid -)• DPI* per tutti gli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none">• Continuare visite ambulatoriali• Riprendere la normale programmazione operatoria• DPI* per tutti gli operatori sanitari o loro uso basato su test
Moderato	<ul style="list-style-type: none">• Precoce transizione alla telemedicina• Continuare a eseguire procedura ma considerando rinvio della categoria 2• Considerare DPI* per tutti gli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none">• Eseguire solo visite in telemedicina• Proseguire procedure categoria 1 e selezionati casi di categoria 2 (anatomia favorevole, più giovani)• DPI* per tutti gli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none">• Riprendere visite ambulatoriali• Riprendere normale programmazione privilegiando categoria 2• DPI* per tutti gli operatori sanitari o loro uso basato su test
Severo	<ul style="list-style-type: none">• Transizione rapida e massiccia alla telemedicina• Continuare a eseguire procedure in categoria 1 e casi selezionati categoria 2• DPI* per tutti gli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none">• Eseguire solo visite in telemedicina• Eseguire solo selezionati casi in categoria 1 evitando casi ad estremo rischio e futili• DPI* per tutti gli operatori sanitari	<ul style="list-style-type: none">• Continuare telemedicina con lenta ripresa delle visite ambulatoriali• Se le risorse lo permettono, riprendere procedure in categoria 1 e successivamente categoria 2• DPI* per tutti gli operatori sanitari o loro uso basato su test

ESSENDO UNA PATOLOGIA CRONICA AD
ANDAMENTO PROGRESSIVO
E' CARATTERIZZATA DA ALTERNANZE DI
FASI DI STABILITA' E
FASI DI INSTABILITA'.

TALE ANDAMENTO RICHIEDE **UN'ASSISTENZA**
SANITARIA CONTINUATA IN MODO TALE DA
PREVENIRE LE FASI DI INSTABILIZZAZIONE
RIDUCENDO LE OSPEDALIZZAZIONI
E CONTENENDO COSI' LA SPESA SANITARIA

STEP 2b: Operatività specifica in caso di intervento semi-urgente

Livello 2 Semi-Urgente

STENOSI AORTICA SEVERA

- Sintomi (NYHA III in progressione)
- SVA critica (PV > 5.0 m/s) con sintomi (NYHA >II)
- Scompenso cardiaco con recente riduzione della FE
- Recente sincope

INSUFF. MITRALICA SEVERA

- Sintomi (NYHA III in progressione)
- Escalation della terapia medica e diuretica
- Recente riduzione della FE

INSUFF. TRICUSPIDALICA SEVERA

- Peggioramento dei sintomi (NYHA IV) e progressiva disfunzione multiorgano

PICCO PANDEMIA
E/O
RISORSE
SCARSE



1. Follow up telefonico settimanale per verifica stato clinico
2. Trattamento di selezionati casi di categoria 2 (anatomia favorevole, più giovani)
3. Screening con tampone
4. DPI per tutti gli operatori sanitari
5. Eseguire solo visite in telemedicina

PANDEMIA IN
CALO E/O
RISORSE
DISPONIBILI



1. Ripresa graduale trattamento privilegiando interventi mini-invasivi anche nei pazienti a rischio più basso, specie se anatomia favorevole, per evitare occupazione prolungata posti letto in TIPO
2. Screening con tampone
3. DPI per tutti gli operatori
4. Prediligere visite in telemedicina

STEP 2c: Operatività specifica in caso di intervento elettivo

STENOSI AORTICA SEVERA

- Sintomi (NYHA I-II)
- SVA critica (PV > 5.0 m/s) in assenza di sintomi o con sintomatologia lieve

INSUFF. MITRALICA SEVERA

- Sintomi (NYHA I-II)
- Terapia medica e diuretica che non necessitano di aumento della dose

INSUFF. TRICUSPIDALICA SEVERA

- Sintomi (NYHA I-III) in assenza di segni di disfunzione d'organo

PICCO PANDEMIA E/O RISORSE SCARSE



1. Eseguire solo visite in telemedicina

PANDEMIA IN CALO
E/O RISORSE
DISPONIBILI



1. Prediligere visite in telemedicina
2. Riprendere gradualmente visite ambulatoriali
3. Riprendere gradualmente normale programmazione operatoria dopo smaltimento livello 1 e 2
4. DPI per tutti gli operatori sanitari o loro uso basato su test

La **gestione**

della malattia a lungo termine implica
dei **cambiamenti di
comportamento** quali

- corretta aderenza alle prescrizioni farmacologiche
- adozione di misure di autosorveglianza al fine di riconoscere precocemente i sintomi premonitori di aggravamento
- modificazione delle abitudini alimentari e corretta aderenza alle prescrizioni dietetiche
- messa in pratica di un'attività fisica regolare

che sono difficili da mantenere a lungo.

Il lavoro svolto
per **motivare il paziente**
fa così parte integrante
del **processo di educazione
terapeutica**

La continuità
assistenziale
diventa pertanto
un punto di forza del
trattamento.

Il **ruolo**
dell'infermiere
diviene quindi
un valido contributo,
come efficace componente del
piano terapeutico, specie per
quanto riguarda
l'attività educativa e di
counseling, in tutte le
fasi della malattia,
a partire dal momento del ricovero
ospedaliero.

PERCORSO EDUCAZIONALE

- Fornire al paziente informazioni circa la patologia utilizzando parole semplici e adeguate al grado di comprensione dello stesso
- Educare il paziente sulla genesi e sul riconoscimento precoce dei sintomi
- Insegnare al paziente la corretta modalità di automisurazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso corporeo, bilancio idrico ecc.)
- Far comprendere al paziente l'importanza dell'adesione alla terapia farmacologica istruendo la persona sugli effetti voluti dalla terapia e su quelli indesiderati

Ripriorizzazione delle procedure cardiologiche

Visite Cardiologiche ed ECG

<u>Procedure emergenti/urgenti (<1-2 settimane)</u>	<u>Procedure semi-urgenti (< 1-2 mesi)</u>	<u>Procedure elettive (>2 mesi)</u>
Prestazioni urgenti con priorità U e B Dolore toracico tipico Sincope non neuromediata Aritmia persistente/recidivante Dispnea di nuova insorgenza, inaggravata	Prestazioni con priorità D Portatori di Device (monitoraggio remoto) con sintomi di recente insorgenza: sincopi, palpitazioni, shock erogati dall'ICD Loop-recorder, ICD, PMK	Prestazioni con priorità P Valutazione di tutti i pazienti cardiopatici stabili o pazienti a rischio di complicanze cardiache (Diabetici, Tiroepatici, ecc...) e loro follow-up.
Prestazioni non differibili finalizzate ad espletamento di chemioterapia e radioterapia	Fibrillazione atriale di recente insorgenza emodinamicamente stabile che necessita di un'adeguata terapia ed approfondimenti diagnostici	Tutto quanto non previsto nelle tabelle precedenti
Prestazioni non differibili finalizzate ad espletamento di dialisi	Pazienti con angina stabile di recente insorgenza	
Prestazioni non differibili finalizzate a monitoraggio dell'attività nell'area salute mentale e delle dipendenze	Iperensione arteriosa sistolica e/o diastolica già in trattamento con più farmaci e non controllata	
Prestazioni non differibili relativi al monitoraggio dei pazienti cronici	Dispnea, palpitazione o affaticamento persistenti per sforzi moderati o intensi	

Prestazioni strumentali diagnostiche ambulatoriali

Procedure per emergenza/urgenza (<1-2 settimane)	Procedure semi-urgenti (< 1-2 mesi)	Procedure elettive (>2 mesi)
<p>- Ecocardiocolordoppler Dispnea di nuova insorgenza in valvulopatico operato Dispnea ingravescente in recente pericardiocentesi Sincope non neuromediata</p>	<p>-Ecocardiocolordoppler Follow up di paziente con versamento pericardico noto non stabilizzato. Sospetta Cardiopatia valvolare, Ischemica, Polmonare, Aritmica e Cardiomiopatia</p>	<p>-Ecocardiocolordoppler Definizioni diagnostiche nell'ipertensione arteriosa e nel diabete mellito Follow up di cardiopatia valvolare, Ischemica, Polmonare, Aritmica e Cardiomiopatia</p>
<p>- Test ergometrico / Ecostress Dolore toracico tipico (se test ergometrico non diagnostico o non praticabile)</p>	<p>-Test Ergometrico dolore toracico atipico, valutazione idoneità sportiva, ricerca di ischemia inducibile in paziente asintomatico ad alto rischio CV, ricerca di ischemia/aritmie in stenosi aortica asintomatica</p>	<p>Tutto quanto non previsto nelle tabelle precedenti</p>
	<p>-ECG Holter Cardiopalmo in cardiopatia organica Extrasistoli frequenti in cardiopatico</p>	

Molti obiettano che

l'educazione terapeutica

richieda troppo tempo,
ma è sbagliato credere che
un approccio terapeutico basato
sulla centralità del paziente,
sull'ascolto e

la condivisione di responsabilità e scelte con il
paziente, sia una perdita di tempo.

Un “paziente competente”,
cioè capace di operare scelte di salute
realmente autonome ed appropriate,
oltre che per se stesso,
diviene infatti una “risorsa”
anche per chi lo cura e
per tutti coloro che gli stanno accanto.

CONCLUSIONI....

L'obiettivo è che sia riconosciuta l'informazione che i pazienti cronici, e gli **infermieri**, sono in grado di produrre, forti di un punto di osservazione che è quello di chi pratica i problemi, di chi li vive. E non solo col fine di consultarli, ma perché la loro voce si leghi a un progetto di prevenzione, di pianificazione di interventi, di visione del futuro della sanità di cui essi siano **protagonisti**, non scomodi interlocutori.

Anche fuori dall'emergenza di questi mesi, la condizione della sanità pubblica e la sua riforma non possono essere affrontate che in un'ottica di protagonismo delle comunità e di sinergia tra istituzioni, operatori e cittadini. E questo tipo di approccio non passa (solo) da atti di indirizzo e norme, e la disponibilità di risorse ne è condizione necessaria ma non sufficiente: passa soprattutto attraverso la volontà di ricostruire **un'idea nuova di sanità pubblica**, che non solo tuteli il Servizio sanitario quale bene comune ma intervenga per riorientarne l'azione alla promozione della salute e alla qualità di vita di tutti i cittadini, delle loro comunità, delle persone che hanno già una malattia cronica, e concepisca costoro come "agenti", e non solo come destinatari delle scelte e delle politiche pubbliche per la salute.

GRAZIE.....