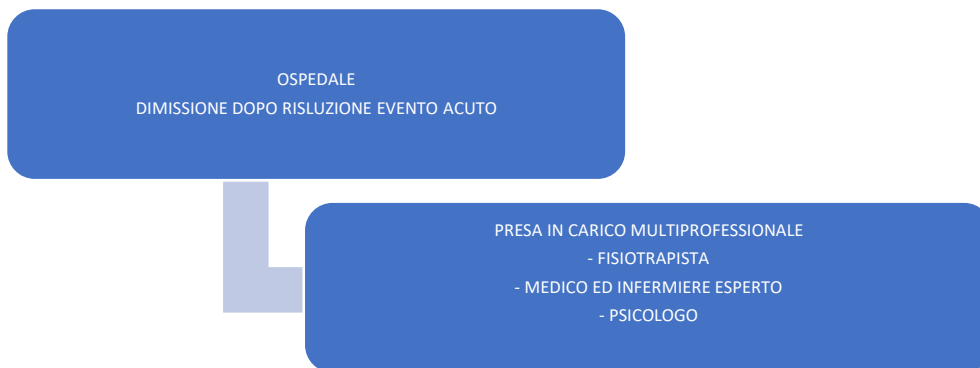


PROGRAMMA MULTIPROFESSIONALE PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

C.Braccioli, M. R. Cianfrocca, S. Bisegni, R. Ceccacci, M. E. Cugini, M. Balzoni, G. Marangi, D..Frongillo

- La dimissione dopo un episodio acuto di scompenso cardiaco (SC) è un periodo critico per il malato e il caregiver (CG), l'incidenza di re-ospedalizzazioni (RO) e accessi al pronto soccorso (PS) è elevata. Al fine di valutare l'impatto di un programma intensivo multiprofessionale sugli accessi in ospedale dopo la dimissione da un ricovero per destabilizzazione di SC, n 18 pazienti (pz) (Tabella 1) con stadio C, classe NYAH III-IV, con ≥ 1 ospedalizzazione e/o accesso in PS nei 6 mesi precedenti l'evento indice (media $2,375 \pm 0.5$ range 2-3), sono stati presi in carico entro 7 giorni dalla dimissione da un infermiere e fisioterapista esperti di SC e inseriti in un percorso caratterizzato da accessi bisettimanali per 4 settimane. L'intervento è stato caratterizzato da: monitoraggio dei parametri vitali con scheda integrata ospedale-domicilio, percorso individualizzato per la gestione della terapia, controllo della funzionalità renale, educazione all'autogestione della dose di diuretico, esercizio fisico individualizzato, sedute di gruppo e individuali con la presenza del CG con dietista e psicologo con particolare riferimento ad apporto di liquidi/sale e sessualità. Nel 50% dei pz è stata ottimizzata la terapia incrementando la dose di beta-bloccante, ace/sartano. Nella pz 17 è stata aumentata la dose di ARNI dopo 2 settimane. Il pz 18 ha presentato instabilità posturale, astenia in ortostatismo, episodio presincopale, è stata rilevata ipotensione ortostatica, non regredita dopo riduzione della terapia diuretica, ma solo dopo la sospensione di ARNI assunto alla dose minima. Il 70% dei pz è stato affidato al Medico di medicina generale dopo 4 settimane con follow-up cardiologico programmato presso ambulatorio dello SC ospedaliero, il restante 30% ha protratto il programma per altre 2 settimane. Tutti i pz al termine del programma hanno mostrato un significativo miglioramento della capacità funzionale valutata con WT ($p < 0.05$). Nei 6 mesi successivi al programma intensivo nessun pz ha presentato accessi in PS, solo 3 pz sono stati ricoverati nuovamente per destabilizzazione di SC. La difficoltà maggiore incontrata è stata la resistenza dei pz ad accettare il termine del programma intensivo, in questo potrebbe essere utile proseguire a domicilio con programmi di telemedicina. Nella nostra esperienza un intervento intensivo multiprofessionale, condotto da personale formato, di presa in carico del pz dopo la dimissione ha consentito una riduzione delle RO, l'ottimizzazione della terapia, il riconoscimento precoce di eventi avversi farmacologici.



COSA FARE					COME FARE					PERCHE'				
<ul style="list-style-type: none"> • EDUCAZIONE ALLA GESTIONE DELLA POLITERAPIA • MONITORAGGIO DEL PESO, DEI PARAMETRI VITALI E DEGLI ESAMI EMATICI • PROGRAMMAZIONE CONTROLLI SERIATI • OTTIMIZZAZIONE DELLA TERAPIA 					<ul style="list-style-type: none"> • PRESA IN CARICO MULTIPROFESSIONALE • INFORMARE/FORMARE IL CAREGIVER • FOLLOW UP DEI PAZIENTI IN ARNI • MEDICO DI MEDICINA GENERALE 					<ul style="list-style-type: none"> • MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA VITA • EVITARE REOSPEDALIZZAZIONI E ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO • RICONOSCERE EVENTI AVVERSI 				

PZ	ETA'	GENERE	FE %	CI	BPCO	IR	GRESSA NEOPLASIA	ICD/CRT	NUMERO DI FARMACI	NUMERO DI COMPRESSE	ARNI	WT _{METR} I INIZIO	WT _{METR} I FINE
16	66,5±11,1 (47-81)	M12 F4	34,6±6,2 (25-45)	11	3	10	4	10	9,4±1,9	12,2±3,04	NO	305±82,9	382,4±81
17	83	M	38	SI	NO	SI	NO	NO	9	13	SI	300	356
18	66	F	44	NO	NO	SI	NO	SI	9	12	SI	336	408