

Focus sul paziente con scompenso cardiaco: ottimizzare i target farmacologici e dello stile di vita

Nuccia Morici,
Responsabile Cardiologia Riabilitativa
IRCCS S. Maria Nascente
Milano

Disclosures

AstraZeneca, Novonordisk, Zoll, Bayer, Boehringer Ingelheim

OUTLINE

- Chi è il paziente da inviare in riabilitazione alta intensità?
- Quale ruolo aggiuntivo del defibrillatore indossabile?
- Come integrare il concetto di network nella presa in carico del paziente durante la fase di mantenimento?

OUTLINE

- Chi è il paziente da inviare in riabilitazione alta intensità?
- Quale ruolo aggiuntivo del defibrillatore indossabile?
- Come integrare il concetto di network nella presa in carico del paziente durante la fase di mantenimento?

CRITERI E TIMING REFERRAL

- **Paziente con prima diagnosi di scompenso cardiaco:** precocemente dopo la stabilizzazione con l'obiettivo di introduzione e titolazione terapia cardio-attiva, valutazione recupero funzione ventricolare sinistra e stratificazione del rischio aritmico
- **Paziente con scompenso recidivo:** obiettivo di ridurre l'ulteriore incidenza di re-ospedalizzazione attraverso un self management paziente e caregiver; gestione della sarcopenia; presa in carico psicologica paziente e caregiver
- **Paziente in ITERMACS 3,** in terapia infusionale continua: obiettivo di riduzione della sarcopenia e stabilizzazione funzionale (pre-riabilitazione in funzione di terapie non convenzionali)
- **Paziente con recente trapianto cardiaco/VAD:** indicazione di classe I per il riadattamento cardiovascolare allo sforzo, educazione paziente e caregiver, gestione della sindrome post-critica
- **Paziente con recente miocardite:** stratificazione del rischio aritmico, stabilizzazione clinica, gestione del quadro di subottimale compenso sisto-diastolico

TEAM

Cardiologo

Fisiatra e Fisioterapisti

Infermieri

Case manager

Team nutrizionale

Psicologo

Psichiatra

Nefrologo con esperienza in metabolismo osseo

Infettivologo

Neurologo e Neuropsicologo

Pneumologo per diagnostica e trattamento dei disturbi del sonno e della patologia respiratoria avanzata

Terapie infusionali eseguibili:

- Levosimendan
- Sodio Nitroprussiato
- Inotropi/vasopressori

CRITICITA'

Tempo di presa in carico: 20-30 giorni; successivamente ciclo MAC laddove logisticamente possibile

Mancato rimborso per complessità di cura medica

Mancato riconoscimento della gestione clinica della complessità

Rimborso solo per tempo di attività fisioterapica: paziente con acuzie.....dovrebbe rientrare immediatamente nel setting acuto

Questa è una perdita immensa per il bene del paziente e il nostro sistema sanitario

Quale voglia di lottare insieme per un cambiamento attivo da proporre alle istituzioni?

-indicatori prognostici comuni

-«*pensiero cardiologico comune*»

CRITICITA'

Palliazione: se bridge vero in caso di incertezza e per pianificazione procedurale

Casi sociali: se definizione integrata del network

Condizione geriatrica estrema/copatologie: laddove non esista potenziale riabilitativo e esista solo la necessità di un ambiente a bassa intensità internistica la scelta del setting deve essere diverso (subacute, cure intermedie)

OUTLINE

- Chi è il paziente da inviare in riabilitazione alta intensità?
- Quale ruolo aggiuntivo del defibrillatore indossabile?
- Come integrare il concetto di network nella presa in carico del paziente durante la fase di mantenimento?

Sudden cardiac death in newly diagnosed non-ischaemic or ischaemic cardiomyopathy assessed with a wearable cardioverter-defibrillator: the German nationwide SCD-PROTECT study

David Duncker ^{1,*}, Eloi Marijon ^{2,3}, Marco Metra ⁴, Olivier Piot ⁵,
Marat Fudim ^{6,7}, Uwe Siebert ^{8,9,10}, Norbert Frey ¹¹,
Lars Siegfried Maier ¹², and Johann Bauersachs ¹

Appropriate WCD treatments

| | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|------|
| Total number of appropriate WCD treatments | 395 | 178 | 217 | |
| Number of patients with appropriate treatment, <i>n</i> (%): | | | | |
| At least one event | 252 (1.3) | 127 (1.1) | 125 (1.5) | 0.04 |
| More than one event | 72 (0.4) | 34 (0.3) | 38 (0.5) | 0.03 |

Da considerare in pazienti avviati al percorso MAC nei primi tre mesi

Utile supporto per le degenze cardiologiche riabilitative con minore gestione attiva nelle 24 ore

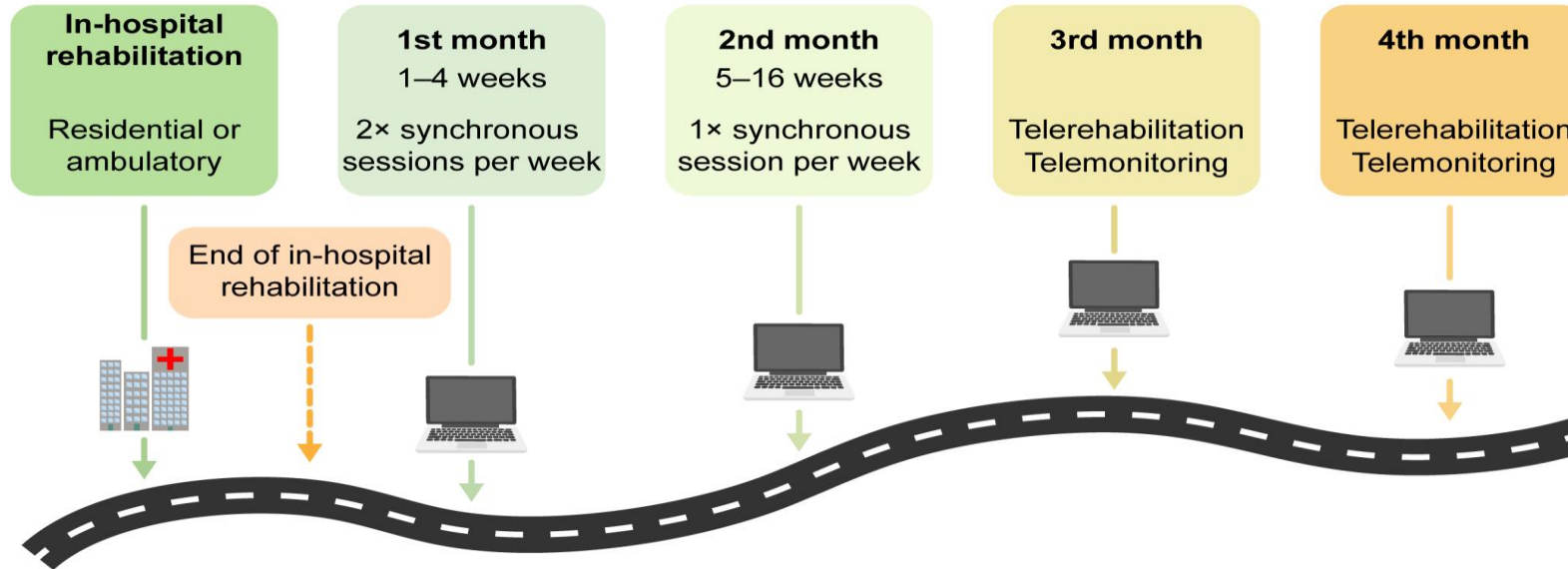
La stratificazione del rischio aritmico è una componente (importantissima) di una presa in carico multidisciplinare più ampia

La prevenzione a lungo termine è self-engagement

OUTLINE

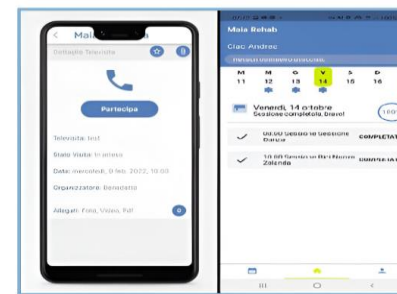
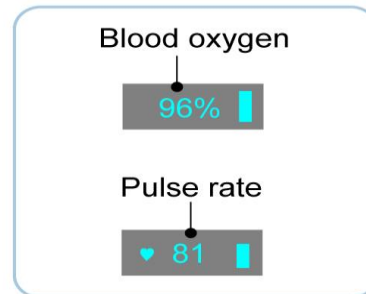
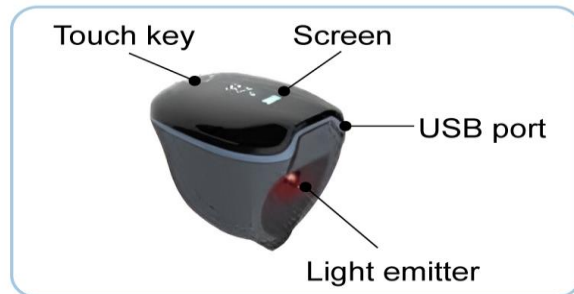
- Chi è il paziente da inviare in riabilitazione alta intensità?
- Quale ruolo aggiuntivo del defibrillatore indossabile?
- Come integrare il concetto di network nella presa in carico del paziente durante la fase di mantenimento?

IN HEART FAILURE: The patient's journey



ASST Grande Ospedale
Metropolitano Niguarda

Alessandro Verde
Gabriella Masciocco
Andrea Garascia



Possibilità di una presa in carico integrata, FU congiunto presso centro diversi, ma alleati in network?

INTELLIGENT DISOBEDIENCE



Accountability for reasonableness requires that there be a way to revisit decisions when their application in specific cases is problematic, and a mechanism to revise and improve decisions over time as we learn from experience. In these ways, accountability for reasonableness requires the health plan or public agency to be explicit about its value commitments and allows all of us to learn what those commitments imply and to challenge them in a thoughtful way

In their book, ‘*Setting limits fairly*’, Daniels and Sabin, recognize the current need to define limits in the care pathway but believe that the most correct way to proceed is **a process of shared responsibility**



Grazie per l'attenzione

nmorici@dongnocchi.it
