



**La gestione territoriale integrata
del paziente dopo un infarto miocardico:
il progetto "*Stile di vita cuore sano*"
del Comprensorio sanitario di Bolzano**

Loredana Latina Roberta Endrighi
Cardiologia del Territorio – Bolzano

Udine, 30 ottobre 2015

SCA: Punta dell'Iceberg dell'Aterotrombosi

Rottura Acuta placca → evento:
(UA/NSTEMI/STEMI)

ACUTO

CRONICO

Pregresso IMA,
pregressa PTCA,
pregresso Bypass AC

Rivascolarizzazione incompleta



Dolore toracico/angina

Malattia del microcircolo

**Coronaropatia
multivasale**

Ischemia silente

SCA = sindrome coronarica acuta; UA = unstable angina; NSTEMI = non-ST-segment elevation myocardial infarction; STEMI = ST-segment elevation myocardial infarction.

Adapted from Bhatt DL. *J Invasive Cardiol.* 2003;15(suppl B):3B-9B.

Prognosis assessment

Admission



Discharge



4. Prognosis assessment

4.1 Clinical risk assessment

4.2 Risk factor prognostic indicators

4.3 Risk stratification

4.4 Risk stratification

4.5 Long-term risk

4.1 Clinical risk assessment

4.2 Risk factor prognostic indicators

4.3 Risk stratification

4.4 Risk stratification

4.5 Long-term risk

4.1 Clinical risk assessment

4.2 Risk factor prognostic indicators

4.3 Risk stratification

4.4 Risk stratification

4.5 Long-term risk

4.1 Clinical risk assessment

4.2 Risk factor prognostic indicators

4.3 Risk stratification

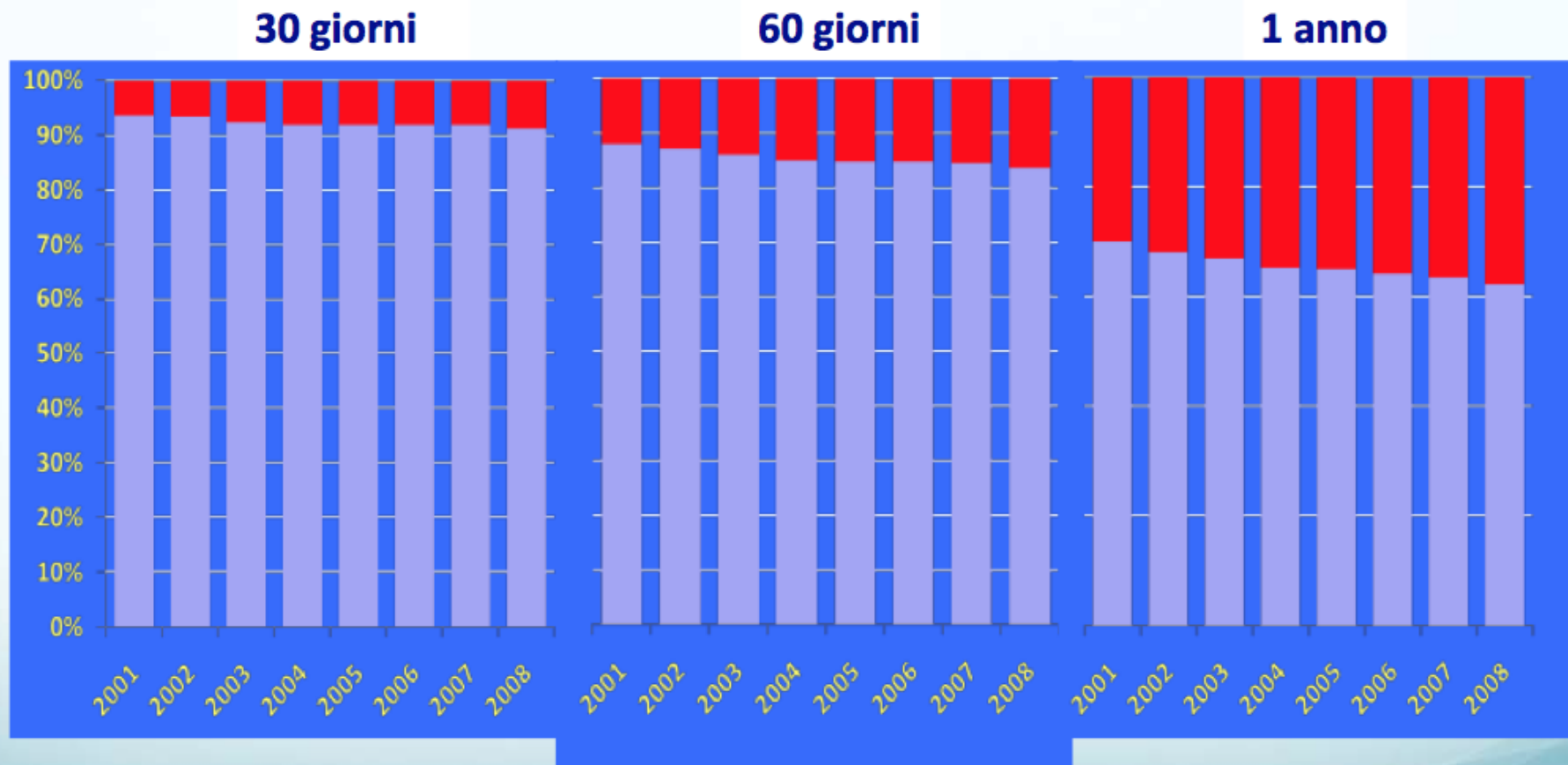
4.4 Risk stratification

4.5 Long-term risk

ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

SDO nazionali 2001-2008

Composizione della mortalità per IMA a 30 gg, 60 gg e 1 anno



- Deceduti durante il ricovero indice
- Dimessi vivi e deceduti nei giorni successivi

Volume 15 — Suppl. 1 al n. 1
Gennaio 2014
www.giornaledicardiologia.it

GIORNALE ITALIANO DI CARDIOLOGIA

Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE
L'organizzazione dell'assistenza
nella fase post-acuta
delle sindromi coronariche



European Heart Journal (2013) 34, 2949–3003
doi:10.1093/eurheartj/eh296

ESC GUIDELINES

2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease

The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology

Authors/Task Force Members: Gilles Montalescot* (Chairperson) (France), Udo Sechtem* (Chairperson) (Germany), Stephan Achenbach (Germany), Felicità Andreotti (Italy), Chris Arden (UK), Andrzej Budaj (Poland), Raffaele Bugiardini (Italy), Filippo Crea (Italy), Thomas Cuisset (France), Carlo Di Mario (UK), J. Rafael Ferreira (Portugal), Bernard J. Gersh (USA), Anselm K. Gitt (Germany), Jean-Sebastien Hulot (France), Nikolaus Marx (Germany), Lionel H. Opie (South Africa), Matthias Plisterer (Switzerland), Eva Prescott (Denmark), Frank Ruschitzka (Switzerland), Manel Sabaté (Spain), Roxy Senior (UK), David Paul Taggart (UK), Ernst E. van der Wall (Netherlands), Christiaan J.M. Vrints (Belgium).

ESC Committee for Practice Guidelines (CPG): Jose Luis Zamorano (Chairperson) (Spain), Stephan Achenbach (Germany), Helmut Baumgartner (Germany), Jeroen J. Bax (Netherlands), Hector Bueno (Spain), Veronica Dean (France), Christi Deaton (UK), Çetin Erol (Turkey), Robert Fagard (Belgium), Roberto Ferrari (Italy), David Hasdai (Israel), Arno W. Hoes (Netherlands), Paulus Kirchhof (Germany), Juhani Knuuti (Finland), Philippe Kolh, (Belgium), Patrizio Lancellotti (Belgium), Ales Linhart (Czech Republic), Petros Nihoyannopoulos (UK), Massimo F. Piepoli (Italy), Piotr Ponikowski (Poland), Per Anton Simes (Norway), Juan Luis Tamargo (Spain), Michal Tendera (Poland), Adam Torbicki (Poland), William Wijns (Belgium), Stephan Windecker (Switzerland).

Document Reviewers: Juhani Knuuti (CPG Review Co-ordinator) (Finland), Marco Valgimigli (Review Co-ordinator) (Italy), Héctor Bueno (Spain), Marc J. Claeys (Belgium), Norbert Donner-Banzhoff (Germany), Cetin Erol (Turkey), Herbert Frank (Austria), Christian Funck-Brentano (France), Oliver Gaemperli (Switzerland), José R. Gonzalez-Juanatey (Spain), Michalis Hamilos (Greece), David Hasdai (Israel), Steen Husted (Denmark), Stefan K. James (Sweden), Kari Kervinen (Finland), Philippe Kolh (Belgium), Steen Dalby Kristensen (Denmark), Patrizio Lancellotti (Belgium), Aldo Pietro Maggioni (Italy), Massimo F. Piepoli (Italy), Axel R. Pries (Germany), Francesco Romeo (Italy), Lars Rydén (Sweden), Maarten L. Simoons-Schot (Netherlands), Per Anton Simes (Norway), Ph. Gabriel Steg (France), Adam Timmis (UK), William Wijns (Belgium), Stephan Windecker (Switzerland), Aylin Yildirim (Turkey), Jose Luis Zamorano (Spain).

www.escardio.org/guidelines

European Heart Journal 2013 - doi:10.1093/eurheartj/eh296



Nationale VersorgungsLeitlinie

Chronische KHK

Kurzfassung

3. Auflage

Version 1
Dezember 2014

AWMF-Register-Nr.: nvl-004

Ergänzungen und Modifikationen der Leitlinie sind über
die Webseite www.khk.versorgungsleitlinien.de zugänglich.

PREDITTORI DI MORTALITA' A DISTANZA

Tabella 1. Check-list pre-dimissione da inserire nella cartella clinica.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Classe Killip max | <input type="checkbox"/> |
| 2. Frazione di eiezione <40% | <input type="checkbox"/> |
| 3. Frazione di eiezione \geq 40%-<45% con: | |
| a) pattern di riempimento diastolico restrittivo | <input type="checkbox"/> |
| b) insufficienza mitralica >1 | <input type="checkbox"/> |
| c) WMSI elevato e ventricolo non dilatato | <input type="checkbox"/> |
| 4. Importante variazione del BNP | <input type="checkbox"/> |
| 5. Uso di diuretici dell'ansa | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | |
| 6. Arteriopatia periferica | <input type="checkbox"/> |
| 7. Storia di angina o pregresso infarto miocardico | <input type="checkbox"/> |
| 8. Malattia coronarica multivasale | <input type="checkbox"/> |
| 9. Rivascolarizzazione incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 10. Pazienti non rivascolarizzati | <input type="checkbox"/> |

BNP, peptide natriuretico cerebrale; WMSI, indice di cinesi parietale.

Pazienti ad alto rischio CLINICO

Pazienti con scompenso cardiaco e/o
disfunzione ventricolare Sn
durante il ricovero

1. Classe Killip max
2. Frazione di eiezione <40%
3. Frazione di eiezione $\geq 40\%$ -<45% con:
 - a) pattern di riempimento diastolico restrittivo
 - b) insufficienza mitralica >1
 - c) WMSI elevato e ventricolo non dilatato
4. Importante variazione del BNP
5. Uso di diuretici dell'ansa

20% degli IMA hanno EF<40%
Rizzello V. Acute card care 2012; 14:71-80

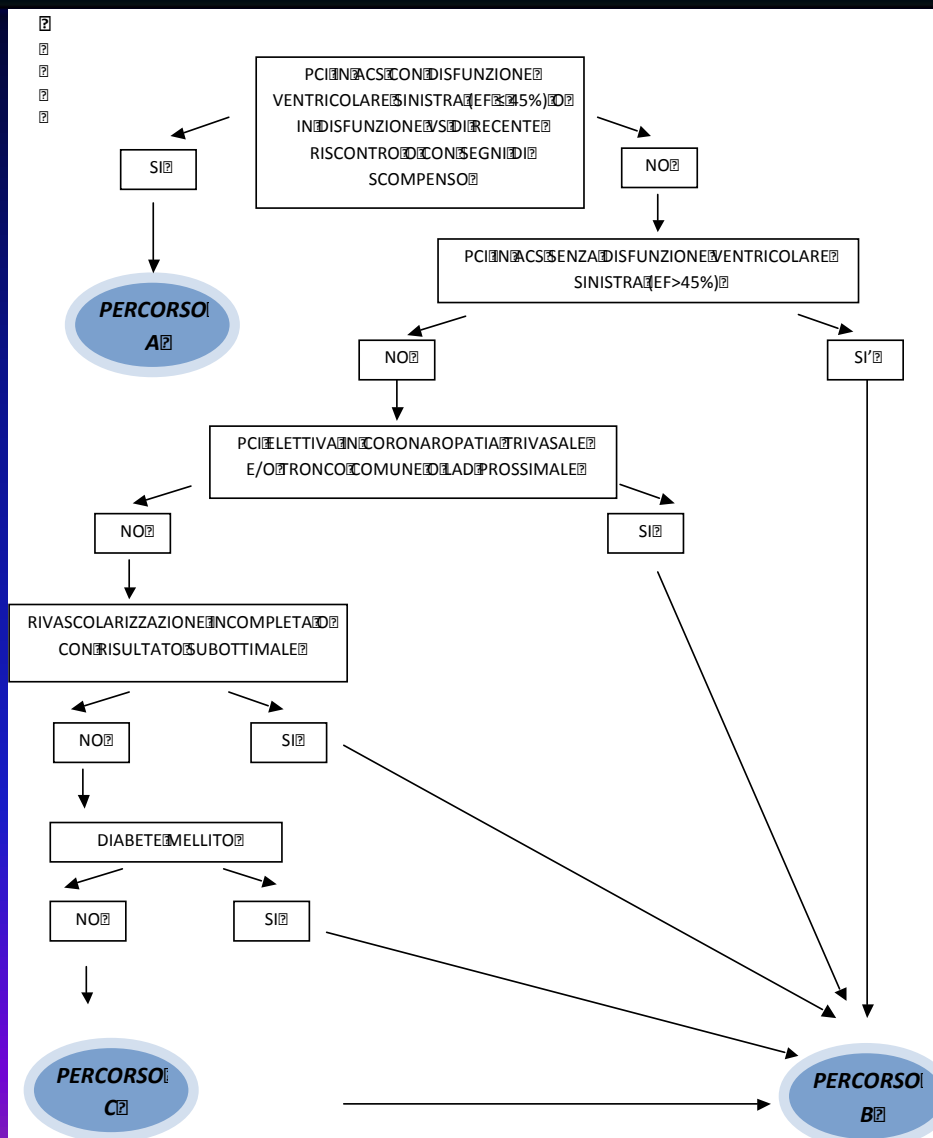
Pazienti ad alto rischio TROMBOTICO

- | | |
|--|--------------------------|
| 6. Arteriopatia periferica | <input type="checkbox"/> |
| 7. Storia di angina o pregresso infarto miocardico | <input type="checkbox"/> |
| 8. Malattia coronarica multivasale | <input type="checkbox"/> |
| 9. Rivascolarizzazione incompleta | <input type="checkbox"/> |
| 10. Pazienti non rivascolarizzati | <input type="checkbox"/> |

Pazienti con:

- ✓ malattia multivasale (specie se incompleta rivascolarizzazione)
- ✓ anatomia coronarica non nota
- ✓ arteriopatia periferica
- ✓ pregresso infarto/angina
- ✓ **diabete mellito**
- ✓ **IRC**

Documento di posizione “Post-PCI”



ACS
 Multivessel CAD
 Left main disease
 Proximal LAD
 Suboptimal/
 Incomplete revasc.
 Diabetes

PERCORSO
B

PCI



MMG:

Aderenza terapeutica
Target lipidico
Target pressorio
Target Hb glicata
Sintomi

Cardiologo +ECG

Es. ematici*

Ecocardio

Test provocativo

Da valutare in base a necessità clinica

A CADENZA ANNUALE

Da valutare in base a necessità clinica

- Rivascolarizzazione incompleta
 - Risultato subottimale
 - Diabete mellito

A CADENZA BIENNALE

*: emocromo, glicemia, assetto lipidico, funz renale, esami mirati a copatologie (HbA1c, eGFR, ecc), esami mirati terapia in atto (CPK e transaminasi per uso statine). Controlli successivi in funzione dei risultati ottenuti e dei target raggiunti.

**Patients with
"Lone" PCI**

PCI

**PERCORSO
C**

mese

0 1 3 6 9 12

MMG:

*Aderenza terapeutica
Target lipidico
Target pressorio
Target Hb glicata
Sintomi*

FOLLOW-UP PRESSO MMG

Cardiologo +ECG

Es. ematici*

Ecocardio

Test provocativo

TEST PROVOCATIVO ROUTINARIO NON INDICATO NEL PAZIENTE ASINTOMATICO

*: emocromo, glicemia, assetto lipidico, creatinina, esami mirati alla terapia in atto (es. CPK e transaminasi per uso statine, ecc.)

STUDIO OSSERVAZIONALE

Il follow-up del paziente sottoposto
a rivascularizzazione coronarica percutanea:
impatto potenziale dell'applicazione di un percorso
clinico-gestionale strutturato sull'integrazione
ospedale-territorio e modulato sul rischio clinico
del paziente

Corrado Lettieri¹, Paola Colombo², Renato Rosiello¹, Nuccia Morici², Pierpaolo Parogni³,
Giuseppe Musumeci⁴, Erminio Tabaglio⁵, Alessandro Zadra⁵, Maria Grazia Cattaneo⁶, Francesco Soriano²,
Maria Cristiana Brunazzi¹, Maurizio Galavotti⁷, Silvio Klugmann², Michele Senni⁴, Orazio Valsecchi⁴,
Roberto Zanini¹, Roberta Rossini⁴

¹Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, A.O. Carlo Poma, Mantova

²Dipartimento Cardioracovascolare "A. De Gasperis", A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

³Dipartimento Emergenza-Urgenza, A.O. Carlo Poma, Mantova

⁴Dipartimento Cardiovascolare, A.O. Papa Giovanni XXIII, Bergamo

⁵Azienda Sanitaria Locale di Brescia, Brescia

⁶Ufficio Qualità, A.O. Papa Giovanni XXIII, Bergamo

⁷Azienda Sanitaria Locale di Mantova, Mantova

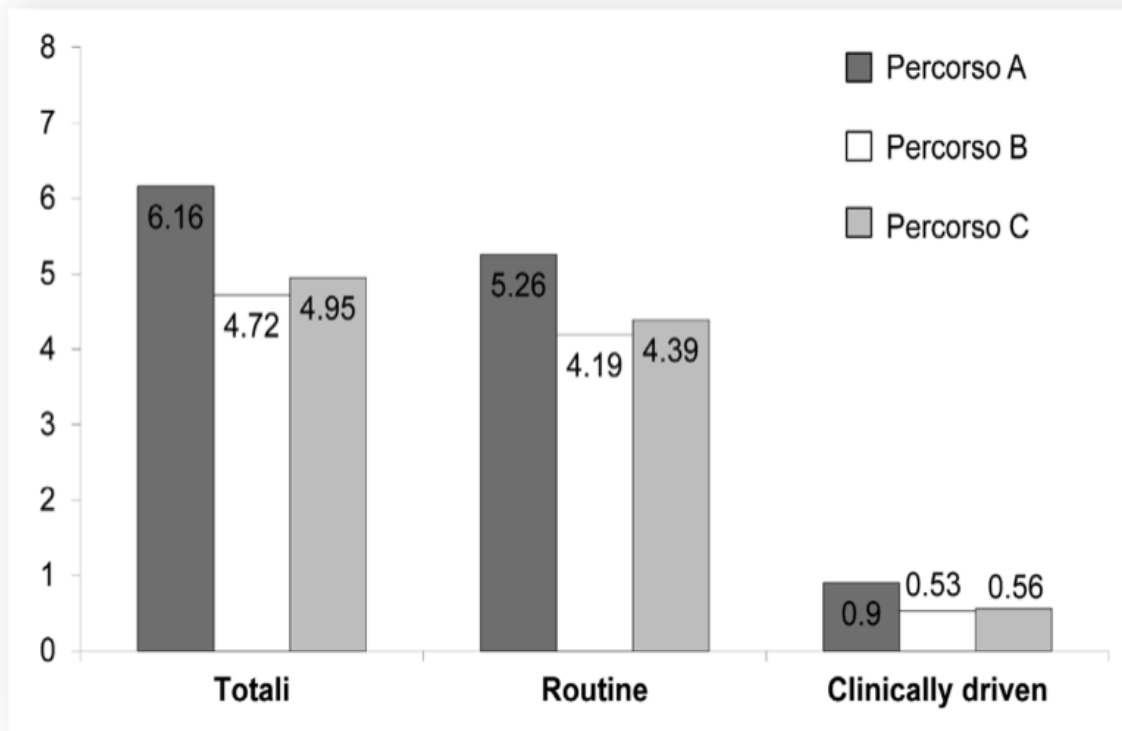


Figura 2. Numero medio di prestazioni/paziente stratificate per percorso di follow-up.

N° medio prestazioni/pz = 5
 4,4 routine,
 0,6 motivate clinicamente

Tabella 4. Differenziale del numero di prestazioni cardiologiche di routine/100 pazienti nei 2 anni successivi alla rivascolarizzazione percutanea.

	Δ prestazioni/100 pazienti/2 anni	
	Case mix su 780 pazienti	Case mix su 476 pazienti
Percorso A	-12.87	-4.46
Percorso B	+81.06	+121.27
Percorso C	+46.78	+58.55
Totale	+114.97	+175.36

Dal punto di vista delle liste di attesa, considerando la riduzione delle prestazioni cardiologiche di routine derivante dall'applicazione del PAC e dalla riorganizzazione del follow-up clinico-strumentale, potrebbero essere risparmiate per i primi 2 anni dalla procedura almeno 1.74 prestazioni di routine da 20 min per paziente rispetto alle 4.4 attualmente erogate; ciò potrebbe tradursi in una riduzione del 39% delle liste di attesa per questa tipologia di prestazioni nel contesto clinico specifico.

VANTAGGI DI UN PERCORSO DI APPROPRIATEZZA CLINICA (PAC)



PRESTAZIONI AMBULATORIALI INAPPROPRIATE

(VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI ECOCARDIOGRAFICI/TEST PROVOCATIVI)



TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI



POTENZIALE DEI RICOVERI PER ESAMI INVASIVI INAPPROPRIATI

LA RETE PER LA RIABILITAZIONE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Quaderni del Ministero della Salute n.1 gennaio-febbraio 2010

“ è irrinunciabile la creazione di una RETE per la prevenzione e riabilitazione che possa collaborare e integrarsi con i Dipartimenti cardiovascolari e con le strutture di assistenza al malato vascolare...”

GLI ATTORI PRINCIPALI

del percorso assistenziale post-dimissione della S_{INDROME} C_{ORONARICA} A_{CUTA}

1. CARDIOLOGIA RIABILITATIVA (CR)

2. AMBULATORI CARDIOLOGICI

3. INFERMIERI in programmi dedicati di COUNSELLING

4. Medico di Medicina Generale - MMG

1. CARDIOLOGIA RIABILITATIVA (CR)

OBIETTIVI

PRIORITA' AI PAZIENTI A RISCHIO PIU' ELEVATO

Il maggior beneficio è dimostrato
nei pazienti ad alto rischio

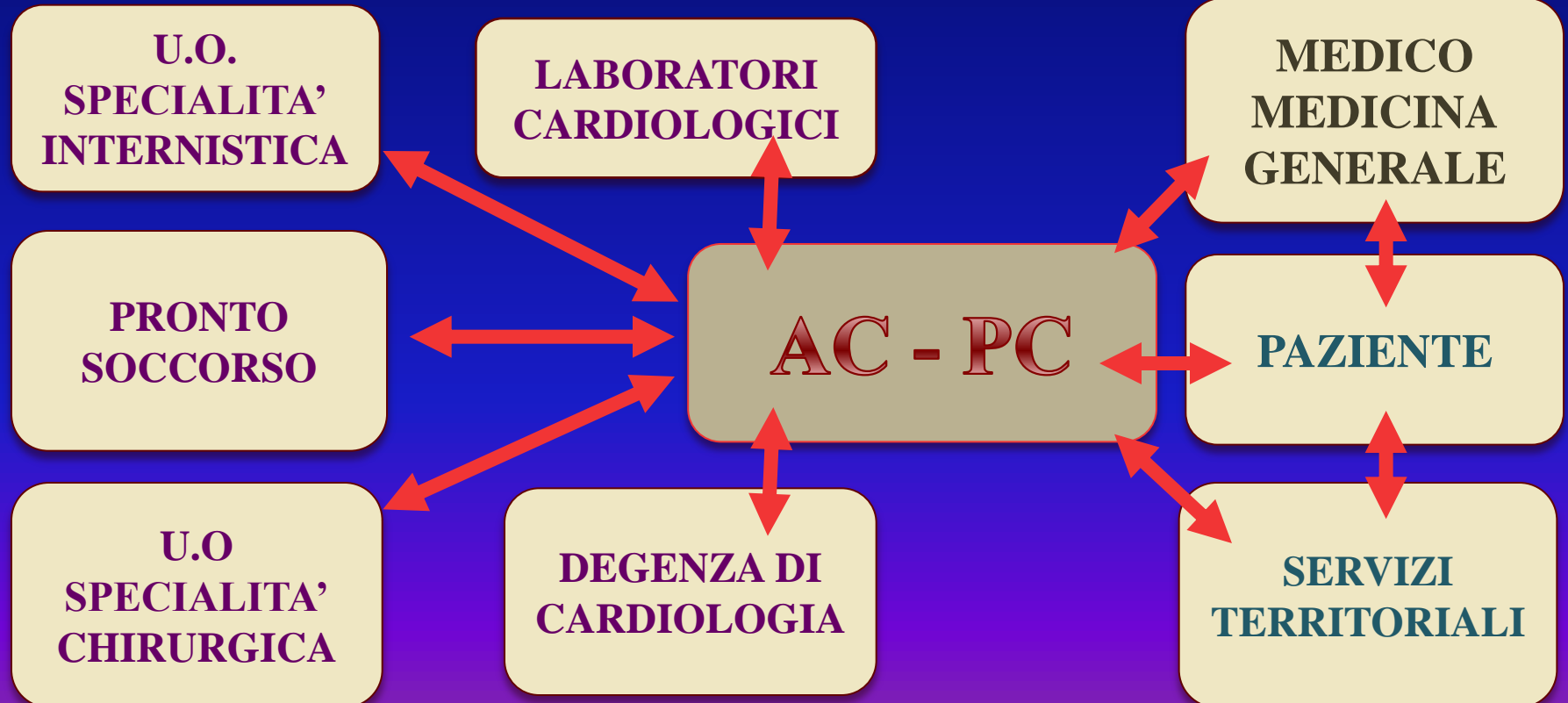
2. AMBULATORI CARDIOLOGICI ospedalieri o territoriali

AC – PC

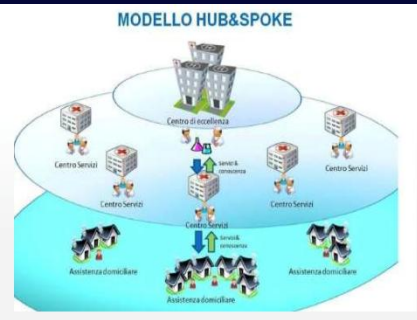
Ambulatori Cardiologici per la Prevenzione Cardiovascolare

OSPEDALE

TERRITORIO



2. AMBULATORI CARDIOLOGICI ospedalieri o territoriali



LA RETE ASSISTENZIALE per IL CARDIOPATICO CRONICO

ANMCO, SIC, SIC Sport, ARCA, GICR - 2009

Quaderni del Ministero della Salute n.1 gennaio-febbraio 2010

CENTRI SPOKE

(unita' operative semplici di riabilitazione/prevenzione cv e/o ac-pc)

“HUB naturali per i MMG o altri Servizi Territoriali per i quali completano la stratificazione del rischio senza sovraccaricare le strutture e l'attività diagnostica dell' Ospedale di riferimento”

AMBULATORI CARDIOLOGICI ospedalieri o territoriali

PROBLEMI APERTI

- Scarsamente diffusi
- Spesso in Ambulatori Ospedalieri, scarsa vicinanza/interazione con i MMG
- Spesso Ambulatori non dedicati, offrono prestazioni clinico-strumentali cardiologiche, ma non specificamente organizzati per counselling/prevenzione/promozione dell'aderenza alla terapia ecc.
- Scarse risorse per poter lavorare in team

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NEL POST-INFARTO: QUALI RISORSE ABBIAMO?

Esperienza dell' Alto Adige - 2015



**AMBULATORI CARDIOLOGICI PER LA
PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (AC – PC)
COMPENSORIO DI BOLZANO (250000 residenti)**

STRUTTURA:

Ambulatorio divisionale CUP
Ambulatorio infermieristico
Laboratorio di elettrocardiografia
Laboratorio di ecocardiografia

STAFF: 2 Cardiologi
 2 Infermiere
 0 Segretarie

Data-base informatizzato (comprensoriale)

- CARDIOLOGIA GENERALE:

1. Svolgimento delle prime visite CUP (prestazioni prioritarie e ordinarie).
2. Follow up dei pazienti con cardiopatia ischemica cronica e altre patologie cardiovascolari croniche a garanzia della continuità assistenziale Ospedale-Territorio.
3. Prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria, definizione del profilo di rischio cardiovascolare e di un conseguente adeguato percorso assistenziale in collaborazione con altre strutture aziendali (Servizio di Nutrizione Clinica, Centro antitabagico, Medicina dello Sport, Servizio di Cardiopsicologia).
4. Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA) integrati bidirezionali, secondo tempi e modalità condivisi, con la Pneumologia (paziente affetto da OSAS) e con l' Ematologia (co-gesione pz. con NOAC).
5. Verifica dell' applicazione dei Criteri condivisi di Appropriatezza e Prioritarizzazione delle richieste di Prestazioni cardiologiche per la Medicina Generale.
6. Consulenza telefonica per i Medici di Medicina Generale con telefono dedicato per consulenze urgenti e personalizzate.

- ELETTROCARDIOGRAFIA

- ECOCARDIOGRAFIA DIGITALE

- FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Le evidenze scientifiche dimostrano che l'EDUCAZIONE TERAPEUTICA nei pazienti cardiopatici

ORIGINAL INVESTIGATION

Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction

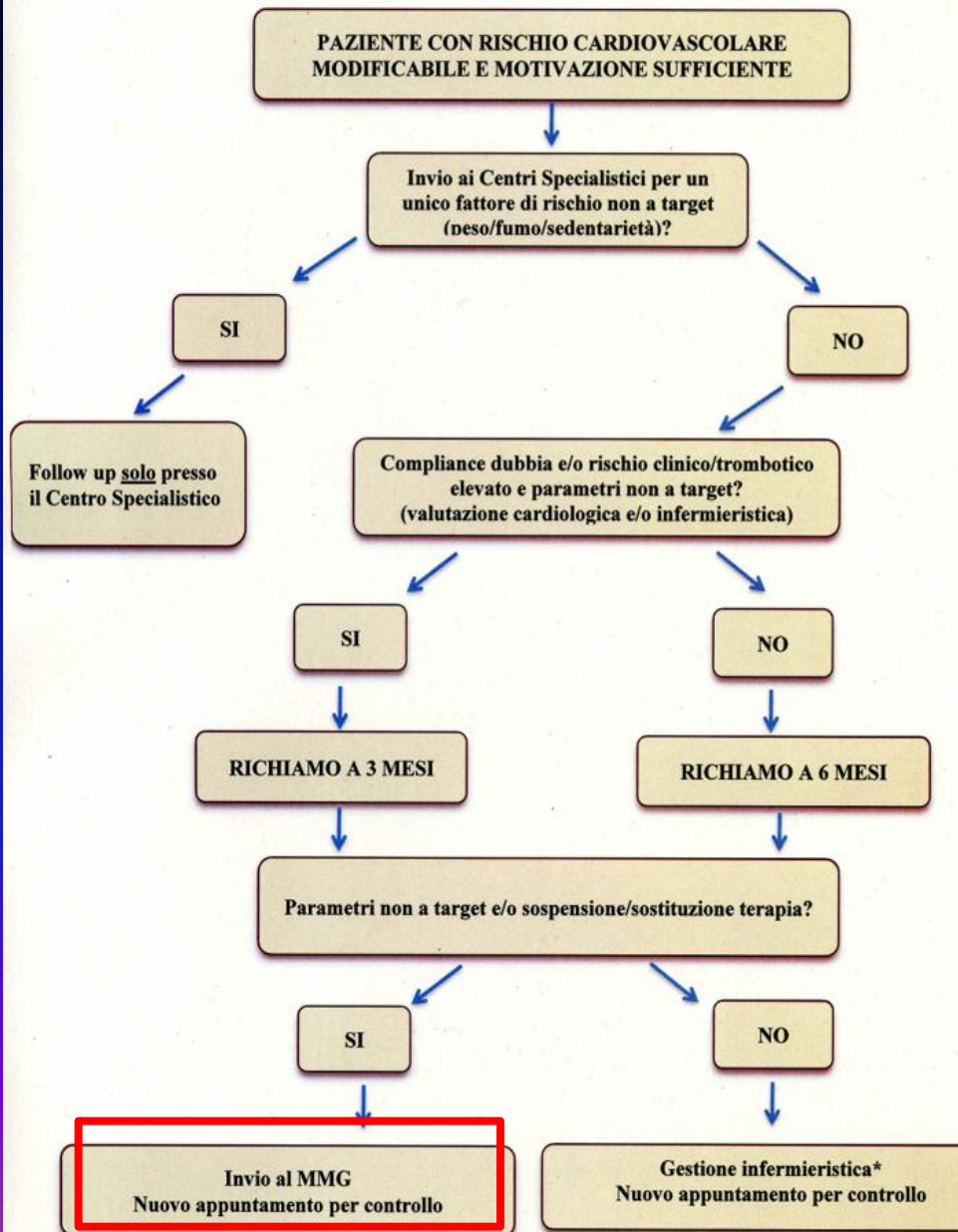
*Results of the GOSPEL Study, a Multicenter, Randomized Controlled Trial
From the Italian Cardiac Rehabilitation Network*

*Pantaleo Giannuzzi, MD; Pier Luigi Temporelli, MD; Roberto Marchioli, MD; Aldo Pietro Maggioni, MD;
Gianluigi Balestroni, PhD; Vincenzo Ceci, MD; Carmine Chieffo, MD; Marinella Gattone, MD;
Raffaele Griffo, MD; Carlo Schweiger, MD; Luigi Tavazzi, MD; Stefano Urbinati, MD;
Franco Valagussa, MD†; Diego Vanuzzo, MD; for the GOSPEL Investigators*

**DIMINUISCE
LA FREQUENZA
DELLE RE-
OSPEDALIZZAZIONI**

**MIGLIORA LA QUALITA'
DELLA VITA
E LA COMPLIANCE
AL PIANO DI CURA**

FOLLOW UP



Hausärztliche Versorgung

Die Langzeit-Betreuung des Patienten und deren Dokumentation sowie die Koordination diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen, z. B. im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms, erfolgen grundsätzlich durch den Hausarzt.

Wenn medizinische Gründe es erfordern, sollte der Patient gemeinsam mit einem Facharzt für Kardiologie betreut werden.

Reassessment in patients with SCAD

Recommendations	Class	Level
Follow-up visits are recommended every 4–6 months in the first year following institution of therapy for SCAD which may be extended to 1 year afterwards. Visits should be to the general practitioner who may refer to the cardiologist in case of uncertainty. These visits should include a careful history and biochemical testing as clinically appropriate.	I	C
An annual resting ECG is recommended and an additional ECG if a change in anginal status occurred or symptoms suggesting an arrhythmia appeared or medication has been changed which might alter electrical conduction.	I	C
An exercise ECG or stress imaging if appropriate is recommended in the presence of recurrent or new symptoms once instability has been ruled out.	I	C
Reassessment of the prognosis using stress testing may be considered in asymptomatic patients after the expiration of the period for which the previous test was felt to be valid ("warranty period").	IIb	C
Repetition of an exercise ECG may only be considered after at least 2 years following the last test (unless there is a change in clinical presentation).	IIb	C

ECG = electrocardiogram; SCAD = stable coronary artery disease.
This slide corresponds to Table 22 in the full text.

www.escardio.org/guidelines

Eur Heart J. 2013;34:2949–3003. doi:10.1093/eurheartj/ehd296



L'interazione tra MMG e specialista di riferimento è necessaria

Il MMG ha ruolo di decisore; avvia il percorso diagnostico e co-gestisce il percorso terapeutico e il follow-up dei pazienti.

Lo Specialista ha ruolo di consulente e di referente, interviene sul percorso diagnostico-terapeutico su richiesta del MMG e co-gestisce il follow-up e le eventuali complicanze

Key messages

- **Risk factor screening** including the lipid profile may be considered in adult men ≥ 40 years old and in women ≥ 50 years of age or postmenopausal.
- The physician in **general practice** is the key person to initiate, coordinate and provide long-term follow-up for CVD prevention.
- The **practising cardiologist** should be the advisor in cases where there is uncertainty over the use of preventive medication or when usual preventive options are difficult to apply.
- Patients with cardiac disease may participate in **self-help programmes** to increase or maintain awareness of the need for risk factor management.
- **Non-governmental organisations** are important partners to health care workers in promoting preventive cardiology.
- The **European Heart Health Charter** marks the start of a new era of political engagement in preventive cardiology.

Segretariat | Sede operativa

Via Alois Kuperion-Str. 17
I-39012 Meran/o
Tel.: +39 0473 270 433
Fax: +39 0473 270 394
www.herzstiftung.org
www.fondazionecuore.org
info@herzstiftung.org

Sitz | Sede
SALUS CENTER
Prissian / Via Prissiano 75
39010 Tisens / Tesimo

Was ist eine Herzsportgruppe?

Die Herzsportgruppe ist eine Gruppe von PatientInnen mit chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die sich am Wohnort 1 x wöchentlich auf ärztliche Verordnung unter Betreuung eines Arztes und eines qualifizierten und lizenzierten Physio- oder Sporttherapeuten trifft. Der zeitlich größte Raum der Übungsstunde ist dem Trainieren des Körpers in Form von Gymnastik, Ausdauerbeanspruchungen, Kräftigungsmaßnahmen und auch Entspannungstechniken gewidmet. Außerdem werden der Genesung dienende und die Gesundheit fördernde Verhalten nahegebracht.

Was müssen Sie tun, um an einer Herzsportgruppe teilzunehmen?
Übernehmen Sie selbst die Initiative und sprechen Sie Ihren Hausarzt, Kardiologen oder direkt die Südtiroler Herzstiftung darauf an!

Cos'è un gruppo sportivo cardiologico?

Il gruppo sportivo cardiologico è un gruppo di pazienti affetto da disturbi cronici del sistema cardiocircolatorio che, su prescrizione medica, si trova regolarmente una volta alla settimana. Il gruppo viene seguito da un medico specialista e da un fisioterapista o terapeuta dello sport qualificato e abilitato. Lo spazio maggiore degli esercizi è dedicato all'allenamento del corpo con attività di ginnastica, resistenza allo sforzo, rinforzo muscolare ed anche a tecniche di rilassamento. Oltre a questo viene dato un approccio globale ai comportamenti idonei a stimolare la guarigione ed a condurre una vita sana.

Cosa può fare per partecipare ad un gruppo sportivo cardiologico?

Prenda Lei stesso l'iniziativa e ne parli con il suo medico di base, cardiologo o direttamente con la Fondazione Cuore Alto Adige!



Cuore sano | Herz-fit



Con il sostegno della Sanità e dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Mit freundlicher Unterstützung des Südtiroler Gesundheitswesens und des Südtiroler Sanitätsbetriebes



Evviva!

quality of life

Gesund und aktiv trotz chronischer Erkrankung!

Kostenlose Kurse für das Selbstmanagement chronischer Erkrankungen

Sani e attivi nonostante una malattia cronica!

Corsi gratuiti per l'autogestione delle malattie croniche

Für die Details zu den beginnenden Evviva-Kursen
www.sabes.it/evviva

Per i dettagli sui corsi Evviva in partenza
www.asdaa.it/evviva

Info: Bozen/Bolzano 320 43 89 113 Meran/Merano 0473 496 746 Brixen/Bressanone 0472 813 690 Bruneck/Brunico 0474 586 503

© 2017, only one Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) and Disease Self-Management - Sanitas Germany

From: Franca, Regional, Sanitas Germany, Meeting, 03_1_2017 Design



Die Südtiroler Herzstiftung wird unterstützt von:
La Fondazione Cuore Alto Adige viene sostenuta da:



GLI ATTORI PRINCIPALI

del percorso assistenziale post-dimissione della S_{INDROME} C_{ORONARICA} A_{CUTA}

1. CARDIOLOGIA RIABILITATIVA (CR)

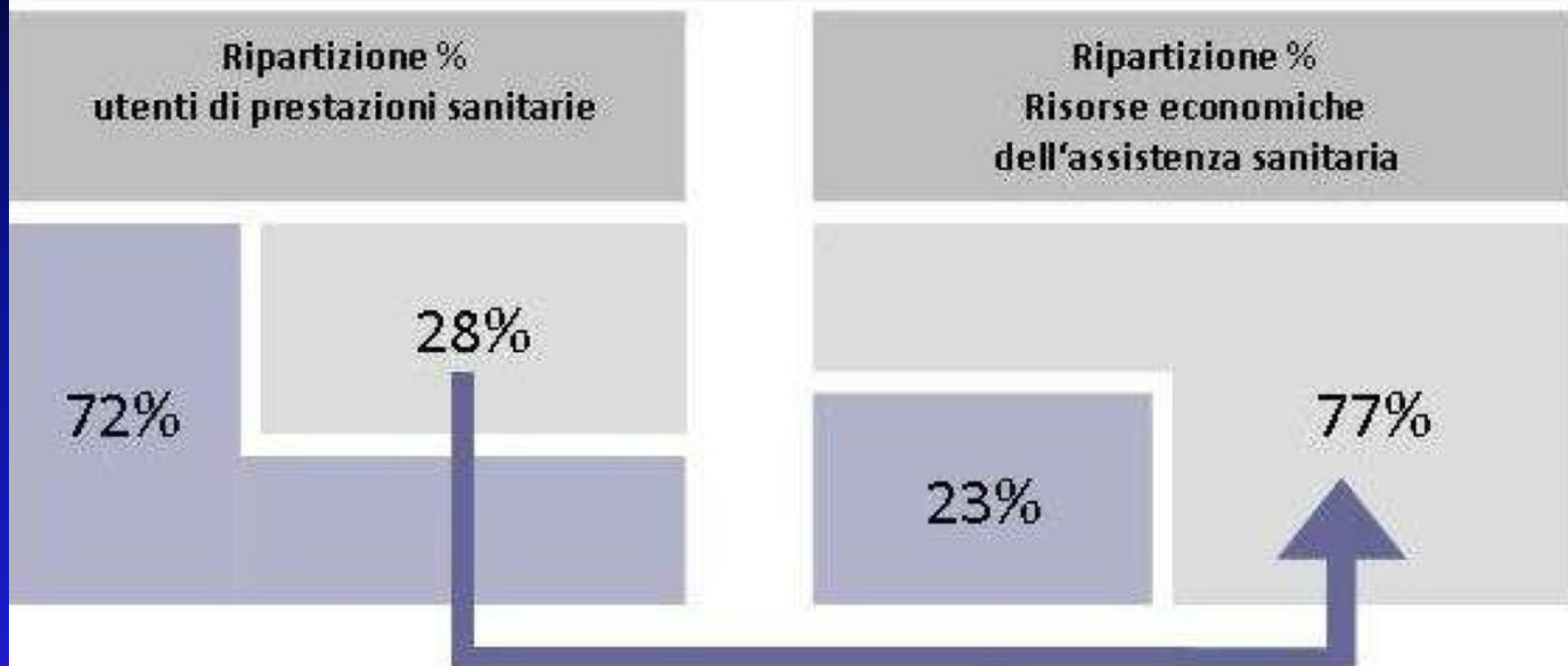
2. AMBULATORI CARDIOLOGICI

3. INFERMIERI in programmi dedicati di COUNSELLING

4. Medico di Medicina Generale - MMG

Assistenza Sanitaria Alto Adige 2020 (DGP n. 171, 10.2.2015)

Il 28 % dei pazienti sono attualmente malati cronici, gravando per il 77 % sulle risorse economiche dell'assistenza sanitaria provinciale (in aumento!)



Valore complessivo delle prestazioni cliniche e sociali per malati cronici: Ricovero in ospedale, dispositivi medici, cure specialistiche, cura e assistenza, medicinali in ospedale.

Fonte: ISTAT Previsioni 2011-2015 e BOPA 2013



► **Profilo professionale dell'infermiere DM 739/1994**

► Articolo 1.2 “L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”.

► **Codice deontologico dell'infermiere**

► art.4.1 “ L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione e di una cultura della salute...” e ribadisce che il professionista, al fine di

► art.4.5 “... aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza...” e “ si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali...”

ANALISI DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI

•COMPETENZE DI CONTENUTO

concetto di rischio, fattori di rischio, epidemiologia e fisiopatologia cardiopatia ischemica, evidenze nella fase post/acuta della CIC

•COMPETENZE RELAZIONALI

counselling motivazionale breve

•COMPETENZE EDUCATIVE

educazione terapeutica principi e metodologia.

•OBIETTIVO

garantire ed acquisire una metodologia scientifica, standardizzata per affrontare e correggere i diversi fattori di rischio in alleanza con l`utente

OBIETTIVI OMS PER LA GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE (2003)

- favorire e mantenere l'adesione all'assunzione di terapie efficaci
- sviluppare competenze per l'autogestione delle condizioni di cronicità: educazione terapeutica
- programmare controlli regolari
- favorire il cambiamento degli stili di vita o aumentare la percezione del rischio

OBIETTIVO > CREARE ALLEANZA TERAPEUTICA

... «atteggiamento professionale di rispetto per il cliente, per la sua competenza di sè e la sua capacità di prendere decisioni riguardanti la sua vita.»

... »esplorare la motivazione del cliente e aiutarlo a trovare le sue soluzioni.»

Fonte : il colloquio motivazionale passo dopo passo Bill Matulich

Modello biomedico: incentrato su malattia e sul trattamento	Modello biopsicosociale: l'utente, portatore di malattia diventa il centro del l'agire professionale
Efficace nella malattia acuta	Efficace nella patologia cronica

ITER UTENTE NELL` AMBULATORIO DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

- **Accettazione dell`utente e svolgimento pratiche burocratiche**
- **Esecuzione accertamento infermieristico** (rilevazione pressione arteriosa, peso corporeo, altezza, circonferenza addominale, BMI, valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare)
- **Esecuzione ECG**
- **Invio dell`utente a visita specialistica**
- **Rinvio dell`utente a colloquio informativo educativo da parte del cardiologo in utenti con compliance dubbia e/o rischio clinico/trombotico elevato e/o parametri non a target**
- **Colloquio informativo educativo** (secondo le indicazioni del counseling motivazionale e i principi dell`educazione terapeutica)
- **Invio ai centri di supporto e/o MMG**
- **Follow up su indicazione del cardiologo e/o in autonomia**

Il medico stabilisce un'area di interesse :

- fumo
- sedentarietà
- alimentazione (dislipidemie /problemi di peso)
- ipertensione arteriosa
- rinforzo terapia medica e "valutazioni"
- ripasso degli esami diagnostici prescritti

L'infermiera/e valuta :

- carenza di comprensione relativa alla patologia e alla gestione dei fattori di rischio
- carenza di accordo/comprendimento sulle raccomandazioni / indicazioni
- carenza di abilità relativa a procedure tecniche
- carenza di fiducia nelle proprie capacità

L'infermiere/a consiglia :

- esecuzione test carbossimetro + test di valutazione del grado di dipendenza dalla nicotina
- visione del libretto" smetti in 7 mosse"
- invio al Centro antifumo
- almeno 30- 60 m' di attività di moderata intensità per 3 / 4 volte alla settimana
- attività fisica adatta alla propria situazione clinica (passeggiate,jogging,bicicletta ecc...)
- frequenza gruppo sportivo cardiologico
- seguire "consigli nutrizionali per cardiopatici"
- assumere regolarmente terapia ipotensiva (dose e orario)
- monitorare pressione arteriosa secondo indicazioni mediche presenti in " valutazioni"
- utilizzo misuratori pressori idonei e validati
- assumere terapia farmacologica secondo prescrizione medica
- rivolgersi al MMG se dubbi o problemi relativi alla TH medica e non procedere a modificazioni e/o sospensione autonoma

L'infermiera/e concorda con l'utente:

- visione e lettura del materiale informativo fornito
- invio al centro antifumo
- inizio attività fisica di moderata intensità
- frequenza gruppo sportivo cardiologico
- modifiche regime alimentare
- assunzione regolare terapia medica e modifiche solo dopo accordo con MMG
- misurazione e registrazione pressione arteriosa
- altro.....

L'infermiera/e valuta barriere e risorse personali:

Su una scala da 0 a 10 quanta fiducia ripone in se stesso per riuscire a modificare quanto concordato?
Non fiducioso 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Molto Fiducioso

Il medico stabilisce il follow up :

data prevista per prossima visita di controllo cardiologico:

Firma dell'infermiera

INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

(valorizzazione della rete e dei servizi esistenti sul territorio)

- **FUMO** : invio al Centro antitabagico
- **IPERTENSIONE ARTERIOSA** :
invio a medico di medicina generale
- **SEDENTARIETA'**:
invio a medicina dello sport,
▪
gruppo sportivo cardiologico
- **DISLIPIDEMIE/ SOVRAPPESO/ OBESITA'** servizio dietologico
- **RINFORZO TERPIA MEDICA** medico di medicina generale

INTERVENTO SUI FATTORI DI RISCHIO IN PAZIENTI SELEZIONATI/CRITICI: RUOLO DELL' INFERMIERE



Fumo:

- Raccogliere la storia sull'abitudine al fumo (test di valutazione del grado di dipendenza dalla nicotina)
- Test del Carbossimetro
- Se CO ppm >8, e utente motivato indicato l'invio al centro antitabagico.
- Informazione/educazione su «Vademecum centro antitabagico»

CONSIGLI NUTRIZIONALI PER IL PAZIENTE CARDIOPATICO

TENERE CONTROLLATA LA PROPRIA CIRCONFERENZA DELLA VITA,

espressione della distribuzione del grasso nel corpo. Da misurare a livello dell'ombelico. Rivolgersi al medico se superiore ai 94 cm nell'uomo e agli 80 cm nella donna.

TENERE MONITORATO IL PROPRIO PESO CORPOREO.

Se in evidente sovrappeso, cercare di perdere almeno il 10- 15% del peso attuale in 6-10 mesi e poi stabilizzarlo, con l'aiuto di un medico specializzato. Negli altri casi avvicinarsi il più possibile ad un indice di massa corporea di 25 kg/m². Questo indice si calcola dividendo il peso in kg per l'altezza in metri moltiplicata per se stessa (kg/mxm).

SEGUIRE UNA ALIMENTAZIONE VARIA.

È molto importante evitare la monotonia dell'alimentazione. Ricordare che il pericolo per la salute risiede nella quantità e nella frequenza dell'assunzione. Una fetta di salame al giorno non comporta particolari rischi, un etto 3 volte alla settimana sì. Variare la tipologia dei cibi, specie vegetali è importante. Cercare inoltre di non saltare i pasti (se possibile meglio 5 che 3 pasti).

IMPARARE A GESTIRE L'APPORTO DI GRASSI ALIMENTARI.

Agli alimenti di origine animale (carni, specie rosse, insaccati, formaggi, uova, burro, lardo, frattaglie), bisogna porre particolare attenzione. Contengono infatti grassi saturi e colesterolo che, se assunti in elevata quantità, favoriscono o peggiorano il processo aterosclerotico.

I prodotti di origine vegetale (cereali come pasta e riso, vegetali e frutta) non contengono grassi saturi e colesterolo, con l'eccezione di olio di palma, cocco, palmisto e burro di cacao. Essendo utilizzati in prodotti industriali, controllare le etichette e, qualora presenti, meglio non consumarli.

I cibi da privilegiare dovrebbero essere quelli sia a basso contenuto di grassi totali -cioè che ne contengono meno del 20%. Molte etichette riportano questa percentuale-, che con maggiore presenza di grassi insaturi.

La scelta deve quindi ricadere sugli oli mono-seme (oliva, colza, mais, girasole, soia, ecc.), su alcuni tipi di pesce, anche surgelato come aringa, sardine, sgombro, salmone, tonno, orata (ricchi di grassi omega 3 molto efficaci nella prevenzione cardiovascolare. Consigliati 130-150 g di pesce 1-3 volte la settimana). Attenzione invece con frutti di mare e crostacei (gamberi, gamberetti, ostriche, granchi, aragoste, cozze), per il contenuto in colesterolo (maggiore di 100 mg per etto).

Qualora vi sia avversione al pesce, su consiglio medico, gli acidi grassi omega-3 possono essere forniti come integratori al dosaggio di 2-3 g al giorno.

Una buona fonte di acidi grassi insaturi con effetto positivo sulla patologia cardiovascolare è costituita dalla frutta secca (noci, noci pecan, mandorle, pistacchi, arachidi, anacardi, nocciole, ecc.), se assunta regolarmente alla dose di circa 30-35 g al giorno (es. 4-5 noci, 15 nocciole o arachidi) almeno 5 volte la settimana.

Le margarine sono molto pubblicizzate, ma vanno scelte con molta attenzione trattandosi di prodotti industriali. La lettura dell'etichetta è fondamentale per conoscere il tipo di grassi contenuto; bene se presente la voce mono e polinsaturi, male se presente quella: acidi grassi trans. Questi ultimi sono naturalmente presenti in piccola quantità negli alimenti derivati dai ruminanti (carne, latte e derivati) e in quantità molto maggiore in prodotti lavorati come margarine, prodotti industriali da forno e sottoposti a frittura (es. patatine, pollo). Non se ne dovrebbero assumere più di 10 g al giorno.

CONSUMARE ABITUALMENTE GLI ALIMENTI PIÙ MAGRI.

La maggior parte delle carni presenta oggi un contenuto di grasso totale accettabile; le carni rosse andrebbero assunte con minore frequenza (1 volta ogni 7-10 giorni), quelle bianche (pollo, coniglio, tacchino) 1-2 volte la settimana. La porzione dovrebbe aggirarsi sui 100-130 g, ed è consigliabile eliminare il grasso visibile e la pelle (ricca in colesterolo). Ottima l'alternanza della carne con analoga porzione di legumi (fagioli, ceci, piselli, lenticchie, fave e soia, 1-2 volte la settimana). Le uova non dovrebbero eccedere le 2-3 alla settimana, comprese quelle per la preparazione dei cibi.

SEDENTARIETA`



ATTIVITA' FISICA

- Incoraggiare almeno 30-60 minuti di attività di moderata intensità 3-4 volte a settimana (passeggiate, jogging, bicicletta o altra attività aerobica)
- Proporre variazioni del modello di vita (usare le scale invece che l'ascensore, giardinaggio, lavori domestici)
- Individuare i pazienti cardiopatici selezionati e a rischio medio-alto (sedentarietà valutata sulla base del questionario GPAQ, obesità) segnalandoli al Cardiologo che compilerà l'impegnativa per un programma di allenamento mirato
- Frequenza gruppo sportivo cardiologico**

FOLLOW UP

A TRE MESI – SEI MESI – FINO A 24 MESI



**Su indicazione
dell`infermiera**

- Counseling motivazionale
- Educazione terapeutica
- Verifica aderenza terapeutica



**Su indicazione del
cardiologo**

- Verifica parametri non a target
- Verifica aderenza terapeutica
- Counseling motivazionale
- Educazione terapeutica

CONCLUSIONI



LA SFIDA

- LAVORO DI EQUIPE INTRA E INTERPROFESSIONALE
- ALLEANZA TERAPEUTICA E ACCOMPAGNAMENTO DELL'UTENTE
per sviluppare competenze volte all'autogestione dalle condizioni di cronicità
- UTENTE SOGGETTO ATTIVO
(coinvolgimento in iniziative educative insieme al professionisti)
- POTENZIAMENTO, VALORIZZAZIONE DEGLI ATTORI e della RETE
(MMG, SPECIALISTI, CENTRI DI SUPPORTO, INFERMIERI ambulatori, distretti)

GRAZIE PER L`ATTENZIONE!

