

**IL RECUPERO
OCCUPAZIONALE
NELL'AMBITO DEL PROGETTO
RIABILITATIVO INDIVIDUALE
DEL PAZIENTE
CARDIOPATICO: ASPETTI
CLINICI E RELAZIONALI**

Dott.ssa Manuela Gavioli

**Responsabile U.O.S.D. Cardiologia
Riabilitativa**

AUSL MODENA NOCSAE Baggiovara

31 Maggio 2016

Sala Auditorium Centro Servizi AUSL

**PATOLOGIE ACUTE E PATOLOGIE
CRONICHE RICHIEDONO GESTIONI
DIVERSE**



UNITA' DEL PAZIENTE

→ UNITA' CORPO MENTE

→ GLOBALITA' DELLE PATOLOGIE



Dissecazione aortica acuta trattata con intervento in urgenza di sostituzione dell'aorta ascendente ed emiarco con esclusione del tronco anonimo di sinistra.

Pz di aa 64

Comorbilità:

- ipertensione arteriosa
- diabete mellito
- IRC
- pregressa ulcera gastrica

Recente accesso al PS dell'Ospedale di per improvvisa toracoalgia



PROGETTO R.O.C.

Recupero Occupazionale del
Cardiopatico



ALLEANZA TERAPEUTICA

Alleanza terapeutica:

Chi la deve attuare: il terapeuta
o il paziente?

Perché è così importante?

È un *lavoro costante, un punto
di incontro e l'ingresso
essenziale al processo di
cura...*



L'alleanza terapeutica sembra divenire **quel rapporto in cui il lavoro è di gruppo e non singolo**, quel percorso che può permettere ai pazienti di essere accompagnati **(e non trascinati o portati!)** alla guarigione.



"Alleanza terapeutica" e "alleanza di lavoro"

sono le formule più usate in letteratura per indicare una **dimensione interattiva** riferita alla capacità di **paziente e terapeuta** di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, il rispetto e la collaborazione e finalizzata ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente.



WHO 1998

Educazione terapeutica

processo educativo finalizzato ad aiutare i pazienti e i familiari ad acquisire e a mantenere le competenze necessarie per gestire nel miglior modo possibile la propria vita in presenza di malattie croniche.

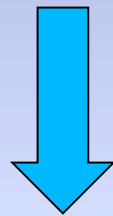


IL NOSTRO CONTESTO

- I pazienti che trattiamo sono pazienti cronici
- Le patologie cardiache hanno perlopiu' un carattere evolutivo
- Il programma di prevenzione secondaria ha lo scopo di rallentare la progressione delle patologie
- La diagnosi precoce dei primi segni di instabilizzazione ed il conseguente trattamento precoce puo' impedire una accelerazione nella progressione della patologia



PAZIENTE ADDESTRATO E ACCOMPAGNATO



PARTE ATTIVA NELLA GESTIONE DELLA
PATOLOGIA

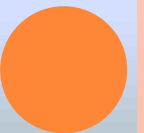


- Il reinserimento lavorativo comporta una valutazione da un lato del **rischio intrinseco del paziente** e dall'altro del *rischio intrinseco della mansione*
- Se noi riduciamo o azzeriamo **il rischio della mansione** ma non riduciamo il rischio intrinseco del pz non riusciremo a controllare al meglio il rischio di eventi successivi (es abolizione dell'abitudine tabagica, assunzione dei farmaci, controlli di follow up)

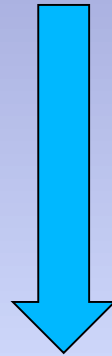


ALLEANZA TERAPEUTICA IN CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

- ACCORDO + CORRESPONSABILITA'
- CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI



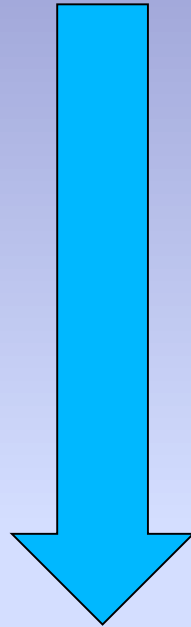
MEDICO COMPETENTE



**ENTRA ATTIVAMENTE NEL
PERCORSO DI CURA**



LUOGO DI LAVORO



**LUOGO DI PROMOZIONE DELLA
SALUTE**



- **Alleanza terapeutica:**
patto di corresponsabilita' col pz nella gestione della patologia e nella condivisione degli obiettivi non ultimo il **ritorno al lavoro**
- Il **Medico Competente** e' attivamente inserito nel processo di cura del paziente (continuita' della rete assistenziale)
- I **Luoghi di lavoro** diventano luoghi di promozione dei corretti stili di vita
- E' necessaria una modalita' di **presa in carico** dei pz cardiopatici in un percorso di follow up che possa anche collaborare con il Medico del Lavoro/Medico Competente
- Alleanza terapeutica anche **fra i terapeuti** mediante la condivisione degli obiettivi

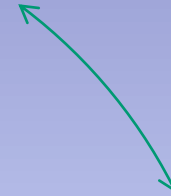


**Equipe
multidisciplinare
Cardiologia Riab.**

**Medico
competente**

Medico SPSAL

Paziente



Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE

L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche

Il Panel, sulla base dei dati epidemiologici, ritiene che i fondamenti della stratificazione prognostica dopo una SCA siano rappresentati dall'identificazione della disfunzione ventricolare sinistra, dello SC e dei suoi predittori e, in secondo luogo, dalla valutazione del rischio di recidive ischemiche, altrimenti detto rischio trombotico.

RISCHIO ARITMICO

- FE
- ECG SERIATI
- ECG DINAMICO SEC HOLTER
- TEST DA SFORZO



Stratificazione del rischio trombotico (rischio recidive ischemiche)

Rischio basso (presenza contemporanea):

- Buona capacità funzionale (>5-6 MET)
- Frazione d'eiezione del ventricolo sx >45%
- Assenza di aritmie maggiori al test da sforzo/holter ecg24h
- Assenza di ischemia miocardica a riposo e durante lo sforzo
- Coronaropatia monovasale con rivascolarizzazione completa
- Fattori di rischio cardiovascolari (diabete, ipercolesterolemia etc) **in buon controllo**

Rischio medio-alto (sufficiente un criterio):

- Ridotta capacità funzionale (<4-5 MET)
- Frazione di eiezione del ventricolo sx <45%
- Aritmie ventricolari severe a riposo e/o durante sforzo
- Storia di angina o pregresso infarto
- Coronaropatia multivasale specie se associata a rivascolarizzazione incompleta
- Elevato rischio cardiovascolare residuo (es. diabete scompensato, insufficienza renale, arteriopatia periferica)



Stratificazione del rischio di scompenso cardiaco e/o disfunzione ventricolare sx

Rischio alto

➤ Pazienti con FE < 40% ed i pazienti con FE tra 40 e 45% ma con associato un predittore di rimodellamento (uno tra insufficienza mitralica > 1, riempimento diastolico restrittivo di grado > III/IV, alto score di asinergia anche in ventricolo non dilatato).



PRESA IN CARICO

PAZIENTI SCA – STEMI - N STEMI

FE > 45

1° giorno

Counselling Infermieristico:

Descrizione del programma

Addestramento alla gestione della terapia

Addestramento rilevazione e registrazione dei parametri vitali

ECG+visita cardiologica ed apertura cartella

2 giorno:

Ecocardio

Test da sforzo

Routine bioumorale (assetto lipidico, omocisteina, glicemia,

Hb glicata, microalbuminuria, etc)



1 settimana: *palestra P2(addestramento alla gestione dell'attività motoria autogestita, valutazione delle diverse tipologie di attività)*

2 settimana: *palestra P2 + ECG e visita*

3 settimana: *palestra P2 o P3*

4 settimana: *palestra P2 o P3 + ECG e visita*

5 settimana: *palestra P2 o P3 + ECG e visita di dimissione (eventuale invio al percorso PALESTRE SICURE)*

Valutazione nutrizionale

Consulenza psicologica

Valutazione Medicina del Lavoro 2 livello

Follow-up ischemici

< 45

10giorno

Counselling Infermieristico:

Descrizione del programma

Addestramento alla gestione della terapia

Addestramento rilevazione e registrazione dei parametri

vitali

ECG+Visita cardiologica

2 giorno:

Ecocardio

Test da sforzo e/o 6MWT

Routine bioumorale (assetto lipidico, omocisteina, glicemia,

Hb glicata, microalbuminuria, etc)

ECG+VISITA PERIODICI fino a stabilizzazione clinica

1 settimana: *palestra P1 ECG+VISITA per*

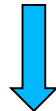
2 settimana: *palestra P1*

3 settimana: *palestra P1*

4 settimana: *palestra P1*

5 settimana: *palestra P1*

6 settimana: *palestra P1(addestramento attività motoria autogestita)*



Valutazione Medicina del Lavoro 2 livello

Valutazione nutrizionale

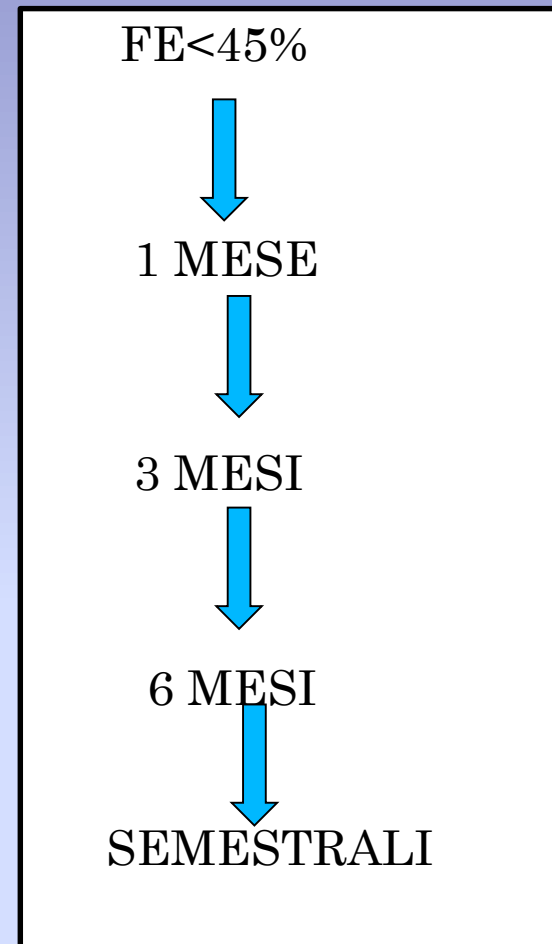
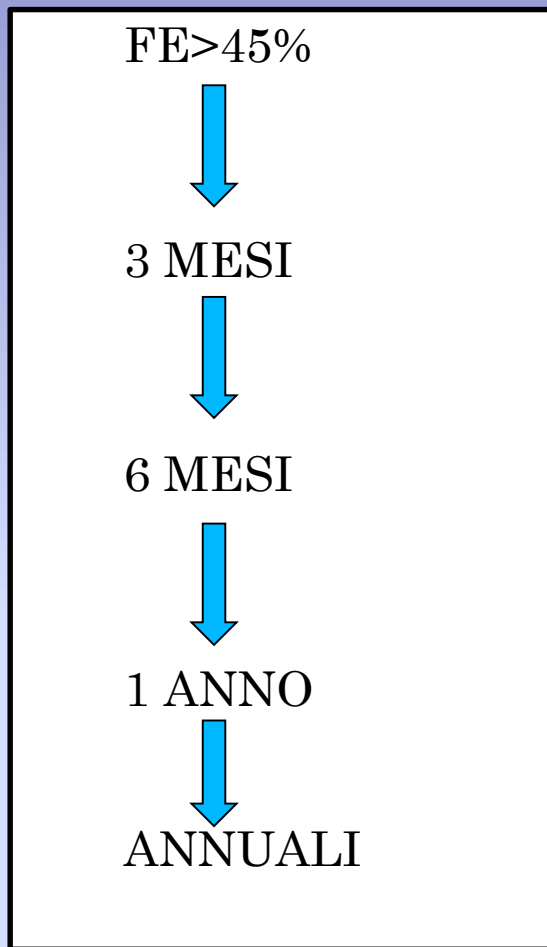
Consulenza psicologica

Se stabilita' clinica dimissione

follow up percorso scompenso



FOLLOW-UP



Controlli ravvicinati se:

1. Instabilizzazione clinica
2. Inadeguato controllo dei fattori di rischio



CONCLUSIONI

ALLA LUCE DELLA NOSTRA ESPERIENZA

- NECESSITA' DI UNA ALLEANZA TERAPEUTICA TRA PAZIENTE E SANITARI CON CONDIVISIONE DI OBIETTIVI
- MEDICO SPSAL INSERITO NELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE
- MEDICO COMPETENTE ATTIVAMENTE INSERITO NEL PERCORSO DI CURA
- LUOGHI DI LAVORO COME LUOGHI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
- NECESSITA' DI PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE

