

Documento preliminare alla definizione degli interventi Minimal Care infermieristici, fisioterapici, dietistici e psicologici attuabili nell'ambito della Cardiologia Riabilitativa e Preventiva

First definition of Minimal Care model: the role of nurses, physiotherapists, dietitians and psychologists in preventive and rehabilitative cardiology

Ornella Bettinardi¹ (Coordinatore), Letizia da Vico², Antonia Pierobon³, Manuela Iannucci⁴, Barbara Maffezzoni⁵, Silvana Borghi⁶, Marina Ferrari⁷, Silvia Brazzo⁸, Antonio Mazza⁹, Marinella Sommaruga¹⁰, Elisabetta Angelino¹¹, Barbara Biffi¹², Susanna Agostini¹³, Maria Luisa Masini², Marco Ambrosetti¹⁴, Pompilio Faggiano¹⁵, Raffaele Griffo¹⁶

ABSTRACT: *First definition of Minimal Care model: the role of nurses, physiotherapists, dietitians and psychologists in preventive and rehabilitative cardiology. O. Bettinardi (Coordinatore), L. da Vico, A. Pierobon, M. Iannucci, B. Maffezzoni, S. Borghi, M. Ferrari, S. Brazzo, A. Mazza, M. Sommaruga, E.a Angelino, B. Biffi, S. Agostini, M.L. Masini, M. Ambrosetti, P. Faggiano, R. Griffo.*

Rehabilitative and preventive cardiology (CRP) is figured as intervention prevention to "gain health" through a process of multifactorial care that reduces disability and the risk of subsequent cardiovascular events. It makes use of an interdisciplinary team in which every professional needs to have multiple intervention paths because of the different levels of clinical and functional complexity of cardiac patients who currently have access to the rehabilitation.

The document refers to the use of interventions by nurses, physiotherapists, dietitians and psychologists that are part of the rehabilitation team of CRP.

Interventions of which have been documented, on scientific bases and clinical practice, empirical effectiveness and organizational efficiency.

The methodological approach of this paper is a first attempt to define, through the model of consensus, the minimum standards for a CRP evidence based characterized by clearly defined criteria that can be used by operators of CRP. The document describes the activities to be carried out in each of the phases included in the pathways of care by nurses, physiotherapists, dietitians and psychologists. The routes identified were divided, according to the type of patients who have access to the CRP and to the phases of care, including the initial assessment, intervention, evaluation and final reporting, in high medium and low complexity.

Examples of models of reporting, used by the operators of the team according to the principles of good clinical practice, are provided. This is made to allow traceability of operations, encourage communication inside the working group and within the patient and the caregiver. Also to give any possible indication for the post-rehabilitation.

Keywords: *interdisciplinary team, evidence based, care pathways, consensus.*

Monaldi Arch Chest Dis 2014; 82: 122-152.

¹ Psicologo U.O.C. di Emergenza Urgenza Psichiatrica, DSMDP AUSL di Piacenza.

² Dietista Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze.

³ Psicologo Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri-IRCCS Istituto Scientifico di Montescano (Pavia).

⁴ Fisioterapista UOD Riabilitazione Cardiologica Presidio Ospedaliero S. Filippo Neri - Presidio Salus Infirmorum Roma.

⁵ Infermiere Dipartimento di Cardiologia ASL3 Genovese S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Degenziale Ospedale "La Colletta" Arenzano (Genova).

⁶ Infermiere Dipartimento cardiovascolare IRCCS Gruppo MultiMedica Milano.

⁷ Infermiere Cardiologia Riabilitativa Specialistica, Fondazione Salvatore Maugeri-IRCCS Istituto Scientifico di Montescano (Pavia).

⁸ Dietista Ambulatorio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Fondazione Salvatore Maugeri-IRCCS Istituto Scientifico di Pavia.

⁹ Fisioterapista U.O. Cardiologia Riabilitativa, Fondazione Salvatore Maugeri-IRCCS Istituto Scientifico di Pavia.

¹⁰ Psicologo Area Funzionale di Psicologia Clinica e Supporto Sociale Fondazione Salvatore Maugeri-IRCCS Istituto Scientifico Camaldoli Milano.

¹¹ Psicologo Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri-IRCCS Presidio Major Torino.

¹² Dietista Servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica, Fondazione Don Carlo Gnocchi IRCCS Firenze.

¹³ Dietista Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isoncina - Ospedale di Gorizia.

¹⁴ Cardiologo Cardiologia e Angiologia Riabilitativa, Clinica Le Terrazze Cunardo (Varese).

¹⁵ Cardiologo U.O. Cardiologia Ospedali Civili di Brescia.

¹⁶ Cardiologo Centro Studi e Formazione GICR-IACPR.

Premessa

Le attività di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (CRP) sono strutturate nel nostro Paese in modo disomogeneo e differenziate principalmente per le diverse legislazioni regionali, per i modelli organizzativi differenti e per la tipologia dissimile di pazienti che vi accedono. Questa eterogeneità ha stimolato il GICR-IACPR a costituire una commissione in cui fossero rappresentate tutte le professionalità del team che opera nella CRP (cardiologi, infermieri, fisioterapisti, dietisti e psicologi) allo scopo di individuare percorsi assistenziali standard condivisi e sostenibili sotto il profilo dell'appropriatezza, efficacia empirica ed efficienza organizzativa. La stesura di questo documento si è sviluppata attraverso numerosi incontri e revisioni. La versione che viene oggi proposta, fondata sull'individuazione di tre tipologie di pazienti differenti per complessità clinica e assistenziale, cerca di delineare specifici ambiti assistenziali, fisioterapici, nutrizionali e psicologici attuabili attraverso un percorso multidisciplinare condiviso dai professionisti del team. Gli estensori di questo documento sono pienamente consapevoli di come l'attuale situazione sociale, economica-organizzativa del Sistema Sanitario Nazionale (che si riverbera ovviamente anche sul network cardiologico riabilitativo) e le differenti regole di funzionamento dei Sistemi Sanitari Regionali, possano comportare delle difficoltà nell'aderenza a quanto viene proposto. Sono anche convinti che, nonostante l'attenzione, la qualità e la cura posta nella stesura del documento, siano possibili ulteriori integrazioni e perfezionamenti attraverso un processo di consensus partecipato. Per questo l'elaborato viene offerto all'attenzione di tutti i lettori interessati che, attraverso i loro suggerimenti, consentiranno la realizzazione di un documento di "Minimal Care", contenente metodologie valutative e di trattamento che esprimano gli standard minimi irrinunciabili per tutta la comunità della Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Crediamo fortemente che questa possa rappresentare una modalità appropriata per costruire insieme documenti di consenso, espressione di un percorso di crescita scientifica e metodologica a beneficio dei professionisti del team e della qualità delle cure in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva.

Introduzione

La Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (CRP) si configura come intervento di prevenzione e cura per "*guadagnare salute*", attraverso un processo multifattoriale atto a ridurre la disabilità e il rischio di successivi eventi cardiovascolari, in maniera tale da consentire al paziente cardiopatico il ripristino di una qualità di vita compatibile ed ottimale al proprio stato di salute [1]. L'approccio riabilitativo e preventivo viene inteso come risultante di quei trattamenti di dimostrata efficacia nel ridurre il rischio di eventi e di progressione della malattia, atti a determinare un effetto favorevole su prognosi e qualità della vita, con un vantaggioso rapporto costo-efficacia. La CRP si avvale di un team interdisciplinare composto da cardiologo, infermiere, fisioterapista, dietista e psicologo [2], in cui ciascun professionista

oggi deve, rispetto al passato, disporre di molteplici percorsi d'intervento a causa dei differenti livelli di complessità clinica e funzionale dei pazienti cardiopatici che attualmente accedono ad un programma riabilitativo. Infatti, le attuali modalità di trattamento delle cardiopatie in fase acuta hanno modificato sostanzialmente il loro decorso ed esito, ampliando lo spettro di presentazione clinica dei pazienti appropriati per l'accesso ai programmi di CRP da quello giovane non complicato, all'anziano fragile, al paziente ad alta complessità, a quello con comorbidità [3]. Occorre inoltre considerare lo storico *mismatch* tra domanda e offerta di prestazioni di CRP e le sempre più pressanti esigenze di contenimento della spesa sanitaria, con la conseguente necessità di selezionare ulteriormente le tipologie di pazienti con appropriata indicazione all'avvio di un programma di CRP e, in seconda battuta, il setting (degenziale, day-hospital, ambulatoriale) più idoneo. Per questi motivi, il concetto di "appropriatezza" all'invio in CRP è stato di recente sostituito da quello di "irrinunciabilità" per determinati gruppi di accesso, e la determinazione più specifica delle condizioni di idoneità è stata oggetto di una profonda riflessione sia da parte dei cardiologi dell'acuto che dei riabilitatori veri e propri [4]. Lo stato della Riabilitazione e della Prevenzione Secondaria in Cardiologia nel panorama nazionale risulta inoltre, rispetto al passato, più variegato e disomogeneo anche in considerazione delle attuali e differenti legislazioni regionali.

Tali cambiamenti organizzativi e di tipologia di pazienti che accedono alla CRP ha rafforzato l'esigenza di identificare distinti percorsi di cura utilizzabili dal team della CRP di cui siano state documentate, a livello scientifico e nella pratica clinica quotidiana, efficacia empirica, efficienza organizzativa nel rispetto alle attuali politiche sanitarie di contenimento della spesa sanitaria. Considerato che l'etica della riduzione degli sprechi dipende da tutti i professionisti sanitari, il nostro Gruppo di Lavoro ha elaborato questo documento come base per la definizione di un "Minimal Care" per la Cardiologia Riabilitativa. La finalità è quella di evitare che, a fronte del progressivo indebolirsi delle risorse, ci si limiti ad occasionali interventi costantemente dettati dalla contingenza, dall'urgenza e non da una programmazione coerente. La messa a punto del documento è stata effettuata con una attenzione costante alle migliori evidenze disponibili per ogni snodo decisionale, pur nella consapevolezza, che l'efficacia di molti trattamenti, soprattutto non farmacologici, possa necessitare di ulteriori verifiche e che i pazienti del mondo reale, sono spesso differenti da quelli coinvolti nelle sperimentazioni cliniche, da cui derivano i principali riferimenti per la costruzione di standard e linee guida. Tuttavia non garantire al paziente quanto necessario in relazione alle evidenze disponibili determina il fenomeno del sotto-utilizzo che, come noto, costituisce un'altra potenziale fonte di sprechi. Oggi più che mai è di cruciale importanza, il processo di trasferimento all'assistenza sanitaria delle conoscenze disponibili per migliorarne l'utilizzo in tutti i professionisti coinvolti nell'attività di cura. A tal proposito va ricordato che nei sistemi sanitari avanzati non esi-

stono evidenze scientifiche che dimostrano una relazione diretta tra entità degli investimenti in sanità e miglioramento degli esiti di salute della popolazione [5].

Il Progetto Riabilitativo Individuale

Secondo il Piano d'Indirizzo della Riabilitazione [6], il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico e organico, unico per ciascuna persona, in cui inserire i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella classificazione del funzionamento, disabilità e della salute, International of Functioning, Disability and Health (ICF) promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [7]. Ciò per definire la prognosi, le aspettative, le priorità del paziente e pervenire alla stesura di un profilo di funzionamento che identifichi i bisogni del paziente rispetto alle barriere e ai facilitatori personali ed ambientali. Questo modello promuove la salute intesa come valorizzazione delle risorse individuali ed ambientali attribuendo importanza alla prevenzione e all'interdisciplinarietà degli interventi [2]. Appare tuttavia necessario contestualizzare il ruolo dell'ICF in ambito cardiovascolare e considerarne i limiti di applicazione, giacché nel cardiopatico: 1) la funzione e struttura corporea compromesse sono praticamente uniche, 2) la compromissione dell'attività fisica può spesso derivare più da fattori contingenti (esempio il recente intervento cardiocirurgico) che dal danno funzionale cardiaco, 3) il rischio di eventi quali morte, riospedalizzazioni, instabilizzazioni cliniche, etc., (nel breve termine, durante il decorso della malattia o a lungo termine) può condizionare fortemente la sopravvivenza del paziente anche in assenza di un evidente deficit funzionale misurabile. Sotto il profilo organizzativo, il percorso di cura in CRP richiede un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) elaborato all'ingresso dal cardiologo in sinergia con il team e da cui si attivano i rispettivi Trattamenti Riabilitativi (TR) inerenti l'area assistenziale, fisioterapica, nutrizionale e psicologica. Elementi essenziali del PRI sono rappresentati dalla piena informazione e partecipazione consapevole alle scelte terapeutiche da parte del paziente che ne è al centro, della famiglia e del suo contesto di vita. In CRP gli obiettivi specifici di ogni TR sono finalizzati all'adeguamento dello stile di vita allo stato di salute, al recupero dello svolgimento delle attività della vita quotidiana, al miglioramento della qualità della vita e al mantenimento del massimo livello possibile di benessere psicofisico e, inoltre, devono tener conto del grado di complessità clinica del paziente, della disabilità intesa come perdita delle capacità funzionali e della multimorbilità¹ e fragilità dei pazienti di età avanzata [3]. La CRP articola il suo percorso attraverso i seguenti interventi [4]:

- valutazione del paziente e assistenza volta alla stabilizzazione clinica;
- stratificazione prognostica con valutazione del rischio cardiovascolare globale residuo;

- definizione della terapia medica ottimizzata secondo le più recenti Linee Guida, con interventi specifici sull'aderenza a medio e lungo termine
- prescrizione dell'attività fisica (dal ricondizionamento al training fisico) con counseling specifico;
- valutazione e counseling nutrizionale;
- management del peso corporeo, del Body Mass Index (BMI) e della circonferenza vita;
- management del profilo lipidico;
- controllo e management della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca;
- interventi per la cessazione del fumo;
- valutazione ed intervento psicologico mirati alla gestione del disagio emotivo e alla promozione dell'aderenza a lungo termine agli stili di vita salutari;
- supporto per il reinserimento sociale.

Gli outcome riabilitativi attesi sono il miglioramento della capacità funzionale, il controllo dei sintomi, la riduzione del profilo di rischio globale ed il recupero del massimo livello di autonomia connesso al contesto di vita e alle risorse personali residue del singolo paziente.

Scopo e metodo del documento

Il documento fa riferimento all'impiego di interventi evidence based di cui siano state documentate, a livello scientifico e nella pratica clinica, efficacia empirica ed efficienza organizzativa.

Scopo

Redigere un documento preliminare da offrire alla discussione e all'analisi dei destinatari che sono cardiologi, fisioterapisti, infermieri, psicologi, dietisti per definire, successivamente attraverso il modello della consensus, degli standard di minima connessi alle attività di valutazione, intervento, verifica dell'intervento e refertazione per una CRP evidence based caratterizzata da percorsi di cura appropriati, sostenibili e condivisi dalla comunità scientifica e clinica.

Metodo

Le evidenze sugli effetti della riabilitazione nelle principali patologie cardiovascolari [2, 8] hanno consentito di individuare dei percorsi riabilitativi, suddivisi in base alla tipologia di pazienti in *elevata, media e bassa* complessità. Ogni percorso è stato per ciascuna area declinato nelle fasi di: valutazione iniziale, intervento, valutazione finale, refertazione e sono stati identificati degli indicatori di processo ed esito per valutare l'efficienza ed efficacia degli interventi svolti. Il gruppo di lavoro, tuttavia, non può non prendere atto che l'attuale situazione logistico-organizzativa del network cardiologico riabilitativo italiano (come emersa dai registri ISYDE 2008 e ISYDE 2013), così come le diverse regole di accreditamento dei sistemi sanitari regionali, comportano dei discostamenti non sempre superabili tra quanto raccomandato e quanto effettiva-

¹ Multimorbilità: insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi crescenti. Tali comorbilità possono rappresentare un mero elenco per una stratificazione prognostica più accurata o attivi cofattori che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi [1].

mente espletabile nella “vita reale”. In questi casi, si dovranno pragmaticamente trovare dei correttivi e delle soluzioni integrative a livello locale, non rinunciando comunque a un effettivo percorso di crescita e raggiungimento progressivo degli standard promossi. Il futuro documento conclusivo Minimal Care potrà essere l’occasione per discutere nel dettaglio la forma di tali manovre correttive.

Descrizione casistica dei percorsi

Gli interventi di CRP di cui si occupano i percorsi del presente documento sono eseguiti in Fase 2 secondo la classica dizione della letteratura internazionale [8, 9, 10]. Essi possono essere sviluppati sia in setting degenziale (ordinario e in day hospital), sia ambulatoriale o domiciliare, entro un limite temporale dall’evento indice di circa 30-60 giorni. Si è preferito non definire la durata dell’intervento CRP poiché condizionata sia dalle condizioni cliniche del paziente che dalle differenti disposizioni regolatorie regionali.

Percorso per cardiopatici fragili o ad alta complessità

Il paziente ad alta complessità è caratterizzato da un elevato assorbimento di risorse e con necessità di un approccio riabilitativo intensivo particolarmente personalizzato e multidisciplinare. A titolo esemplificativo e non esaustivo, si tratta di pazienti che – oltre alle caratteristiche di severità della patologia cardiovascolare di base – presentano una o più delle seguenti condizioni:

- ridotta resistenza agli eventi stressanti derivante da un declino simultaneo di organi ed apparati con aumentato rischio di disabilità e morte
- invecchiamento conclamato, decadimento fisico
- dipendenza funzionale
- stato di deprivazione socio-ambientale
- deficit cognitivi, problemi comportamentali
- prolungata degenza in Rianimazione o Terapia Intensiva per assistenza respiratoria/cardiaca strumentale
- degenza in reparti per acuti per scompenso cardiaco acuto o instabilizzazione di scompenso cardiaco cronico, in Classe NYHA III/IV ad elevato rischio di nuovi eventi o con complicanze evento-correlate
- necessità di trattamenti farmacologici e nutrizionali infusivi
- ferite complicate/complesse o decubiti significativi
- riacutizzazione di una o più co-morbilità internistiche quali patologie neurologiche, insufficienza renale, embolia polmonare, versamenti pleuro-pericardici rilevanti, infezioni sistemiche, insufficienza respiratoria cronica, diabete, etc.
- recente impianto di device “maggiori” (ICD, RCT, VAD) o con indicazione all’impianto degli stessi.

Obiettivo specifico dell’intervento di CRP: recupero attività della vita quotidiana, miglioramento della qualità della vita.

Regime di trattamento: degenza.

Fasi di Riabilitazione: generalmente questa tipologia di pazienti richiede un tipo di intervento che passa per più fasi e che assorbe molte risorse. In prima istanza sarà data priorità per l’accesso a re-

parti di riabilitazione intensiva, ma spesso la risoluzione completa delle problematiche maggiori richiede una prosecuzione in riabilitazione estensiva.

Percorso per cardiopatici a media complessità

Il paziente a media complessità si caratterizza per un minore consumo di risorse rispetto all’alta complessità, a titolo di esempio per la presenza di:

- sindrome coronarica acuta (SCA) con ricovero prolungato per complicanze, risolte o in fase di risoluzione alla dimissione
- SCA non rivascolarizzata o con rivascolarizzazione incompleta ma clinicamente stabile
- Recente impianto di device “minori” (PM monocamerale) con residua necessità di monitoraggio o complicanze residue all’impianto.

Obiettivo specifico dell’intervento di CRP: miglioramento o mantenimento della qualità della vita, riduzione del profilo di rischio cardiovascolare globale.

Regime di trattamento: degenza, ambulatorio.

Fasi di Riabilitazione: i pazienti cardiopatici a media complessità generalmente accedono alla CRP dopo un ricovero in reparti di Cardiologia per acuti e terminano il loro PRI in fase ambulatoriale.

Percorso per cardiopatici a bassa complessità

Questa tipologia di pazienti è caratterizzata dall’assenza di problematiche proprie dell’alta e media complessità, ovvero con sufficiente stabilizzazione clinica e basso rischio residuo di eventi cardiaci e non, nei quali il programma è incentrato elettivamente sul recupero funzionale e la modifica dello stile di vita. A titolo esemplificativo, possono essere pazienti:

- post intervento Cardiochirurgico non complicato
- post Sindrome Coronarica Acuta (SCA) con rischio di scompenso o trombotico basso secondo check list Consensus ANMCO-GICR-GISE
- con cardiopatia ischemica cronica recentemente trattata con rivascolarizzazione miocardica percutanea (PCI) non complessa e completa, senza sintomi/segni ischemici residui
- con scompenso cardiaco cronico a funzione sistolica preservata o solo lievemente/moderatamente depressa, in fase stabile.

Obiettivo specifico dell’intervento di CRP: correzione dei fattori di rischio, riduzione del profilo di rischio cardiovascolare globale.

Regime di trattamento: degenza breve o ambulatoriale.

Indicazioni per la buona pratica della refertazione

In CRP tutti gli operatori (cardiologo, infermiere, fisioterapista, dietista, psicologo) dovrebbero definire a priori come assicurare al paziente e/o caregiver le informazioni al fine di garantire professionalità, omogeneità e condivisione. Per una dimissione *high quality* centrata sul paziente sono stati identificati alcuni punti qualificanti che il personale sanitario dovrebbe garantire nella programmazione della dimissione stessa: informazione del paziente e dei familiari sulla malattia e sulla prognosi; sui fattori di rischio e strategie per contenerli, sugli obiettivi del piano di trattamento; istruzioni su farmaci, dieta, attività fisica; necessità e programmazione dei controlli clinici; veri-

fica della comprensione delle istruzioni/informazioni [11]. Sarebbe importante che tali indicazioni fossero preparate anche in forma scritta ed in modo consono rispetto al livello di comprensione del paziente, riportando anche i nomi dei componenti del team, tutti coinvolti nel momento della dimissione [11, 12].

La letteratura internazionale ha da tempo focalizzato l'attenzione sul problema della comunicazione tra ospedale e cure primarie, ponendo la lettera di dimissione come uno degli snodi irrinunciabili alla ottimizzazione del trasferimento delle informazioni, in quanto un passaggio inaccurato di notizie influenza negativamente la continuità della cura e contribuisce all'incidenza di eventi avversi successivi [12]. Per sua natura però, la lettera di dimissione non può essere lo strumento principale di comunicazione con il paziente, poiché è rivolta ad un medico ed è caratterizzata dai contenuti propri della comunicazione sanitaria [12]. Secondo le indicazioni della Joint Commission International [13, 14] la lettera di dimissione da CRP dovrebbe riportare le procedure diagnostico-terapeutiche attuate e

le condizioni del paziente al termine del percorso di cura. Da qui l'esigenza di documentare l'intervento svolto da ciascun membro del team nel corso del progetto riabilitativo e la necessità di individuare nel singolo paziente le barriere e/o gli elementi facilitatori ad una piena aderenza alla terapia farmacologica e a uno stile di vita salutare. Nel presente documento ogni area coinvolta ha fornito delle esemplificazioni sui modelli di refertazione utilizzabili in cui si è elaborata una sintesi standardizzata, trasversale sotto il profilo metodologico fra le aree, in grado di documentare il lavoro svolto ed i risultati ottenuti. Ciò per consentire la rintracciabilità degli interventi, favorire la comunicazione all'interno del gruppo di lavoro, con il paziente e con il caregiver anche in merito ad eventuali indicazioni per il management a lungo termine.

A tal fine sono stati individuati dei Format, considerati trasversali e utilizzabili dai professionisti dell'HT, riportati in Tabella 1.

Tabella 1. - Format refertazione con elenco delle 6 sezioni da inserire nella refertazione

	PSICOLOGI	DIETISTI	FISIOTERAPISTI	INFERMIERI
1 Obiettivi valutazione	Ai fini di valutare....	Ai fini di valutare....	Ai fini di valutare....	Ai fini di valutare....
2 Strumenti valutativi utilizzati	Opzioni: <input type="checkbox"/> colloquio psicologico <input type="checkbox"/> test psicologici <input type="checkbox"/> test specifici (aderenza, fumo, stress, coping, etc) <input type="checkbox"/> test neuropsicologici	Opzioni: <input type="checkbox"/> storia alimentare e dietetica <input type="checkbox"/> stima dell'apporto di energia e nutrienti (recall 24 h, diario alimentare, ecc...) <input type="checkbox"/> misure antropometriche <input type="checkbox"/> Conoscenze <input type="checkbox"/> Comportamento <input type="checkbox"/> Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	Opzioni: <input type="checkbox"/> Barthel <input type="checkbox"/> Scala Tinetti <input type="checkbox"/> Six Minute Walking Test (6MTWT) <input type="checkbox"/> Vittorio test <input type="checkbox"/> Test ergonometrico (TE) <input type="checkbox"/> Test Cardiopolmone (TCP)	Opzioni: <input type="checkbox"/> Cartella Infermieristica con individuazione dei bisogni assistenziali (BAI) <input type="checkbox"/> Coinvolgimento caregiver
3 Obiettivi perseguiti nel breve-medio periodo	In base alla valutazione si sono posti i seguenti obiettivi: es. <input type="checkbox"/> esempio riduzione del disagio emotivo <input type="checkbox"/> aumento motivazione verso uno stile di vita saluto genico <input type="checkbox"/> riduzione comportamenti disfunzionali del caregiver	In base alla valutazione si sono posti i seguenti obiettivi: es. <input type="checkbox"/> calo ponderale <input type="checkbox"/> riduzione circonferenza vita <input type="checkbox"/> controllo del diabete e/o della dslipidemia	In base alla valutazione si sono posti i seguenti obiettivi: <input type="checkbox"/> recupero attività di vita quotidiana <input type="checkbox"/> miglioramento qualità di vita <input type="checkbox"/> correzione fattori di rischio	In base alla valutazione si sono posti i seguenti obiettivi: <input type="checkbox"/> Identificazione BAI <input type="checkbox"/> Redigere Piano assistenziale <input type="checkbox"/> Recupero delle Autonomie <input type="checkbox"/> Attivazione dei programmi educazionali
4 Interventi svolti	Sono stati pertanto svolti i seguenti interventi: <input type="checkbox"/> psicoterapia breve <input type="checkbox"/> psicoeducazione	Sono stati pertanto svolti i seguenti interventi:	Sono stati pertanto svolti i seguenti interventi:	Sono stati pertanto svolti i seguenti interventi: <input type="checkbox"/> Soddisfamento del BAI <input type="checkbox"/> Assistenza specifica

(segue)

Tabella 1. (segue)

	PSICOLOGI	DIETISTI	FISIOTERAPISTI	INFERMIERI
5 Valutazione finale e obiettivi raggiunti	La valutazione finale ha evidenziato:	La valutazione finale ha evidenziato:	La valutazione finale ha evidenziato: <input type="checkbox"/> Pieno recupero <input type="checkbox"/> Parziale recupero. <input type="checkbox"/> Mantenimento	La valutazione finale ha evidenziato: <input type="checkbox"/> Risoluzione completa del BAI <input type="checkbox"/> Risoluzione parziale del BAI <input type="checkbox"/> Documentazione delle attività di Nursing svolte <input type="checkbox"/> Indicazioni sullo stato delle ferite <input type="checkbox"/> Continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Percorso educativo svolto
6 Eventuali indicazioni per il medio-lungo periodo	Si consiglia:	Si consiglia:	Si consiglia:	Autogestione terapia farmacologica ed indicazioni per il medio-lungo periodo

Prima di entrare nel merito dei contributi specifici di ogni singola professione sanitaria, vengono sottolineati alcuni assunti che possono, a nostro avviso, favorire il buon funzionamento del team.

ASSUNTO N° 1

L'assegnazione al tipo di percorso viene definita durante la fase iniziale di stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Tuttavia la gradazione del livello di complessità clinico-funzionale non sempre corrisponde al livello di complessità che può essere individuato da ogni professionista del team. Ogni operatore deve elaborare un programma riabilitativo (PR) che consenta di declinare un intervento congruo con il livello di complessità valutato sulla base della propria competenza e professionalità.

ASSUNTO N° 2

Si raccomanda a tutti gli operatori del team l'utilizzazione della cartella clinica medica per l'inserimento delle informazioni essenziali relative al PR attuato.

ASSUNTO N° 3

Si raccomandano brevi ma periodiche riunioni di team che indicativamente potrebbero essere svolte almeno una alla settimana nell'ambito degenziale ed una al mese per quello ambulatoriale.

I percorsi di cura infermieristici

In CRP l'infermiere si prende cura del paziente nella sua totalità, come individuo che ha il diritto e la responsabilità di prendere decisioni ragionate per il proprio futuro, fornisce un'assistenza personaliz-

zata, centrata sulla persona mettendo in atto il processo di NURSING che si avvale del problem solving, procedimento ciclico a fasi pianificate che fa riferimento a metodi scientifici validati [15-20].

Le fasi del processo di NURSING si sviluppano attraverso la raccolta e classificazione dei dati, l'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica (BAI), la formulazione degli obiettivi, la scelta e attuazione delle azioni infermieristiche e la rivalutazione.

L'infermiere in CR svolge inoltre un importante ruolo educativo utile alla adesione consapevole e collaborativa del paziente/caregiver al progetto di cura [15].

Obiettivi specifici

L'infermiere, oltre agli obiettivi comuni in qualsiasi setting esso operi (identificazione dei bisogni assistenziali infermieristici, BAI, elaborazione e attuazione in modo dinamico del piano assistenziale con l'utilizzo di protocolli gestionali e di standard assistenziali) deve nello specifico dell'intervento riabilitativo:

- garantire attraverso interventi mirati il massimo recupero dell'autonomia con verifiche periodiche dei processi compiuti
- organizzare gestire le emergenze cardiologiche in collaborazione con il medico
- riconoscere e intervenire sui fattori di rischio cardiovascolari modificabili
- gestire adeguatamente le eventuali ferite chirurgiche e/o lesioni da pressione
- attivare i programmi educazionali coinvolgendo in modo attivo il paziente e/o il caregiver.

a. Valutazione

L'infermiere, è il primo professionista che accoglie il paziente che affersisce in CR, deve pertanto iniziare a creare il clima favorevole al coinvolgimento del paziente/caregiver nel programma di

cura, attraverso la descrizione delle figure professionali che compongono il team riabilitativo, dovrà illustrare i locali e i servizi disponibili della struttura (anche con brochure e locandine), fornire gli orari in cui si svolgono le attività di reparto (orari di visita familiari, di visita medica, di somministrazione delle terapie, di sedute fisioterapiche, orari per gli incontri educazionali e orari dei pasti).

L'infermiere procedere alla rilevazione dei dati necessari alle prestazioni assistenziali, che, nello specifico dell'intervento riabilitativo, comporta una particolare attenzione ad ottenere informazioni e valutazioni riguardanti la persona, la salute, l'ambiente di vita. È un impegno sistematico di raccolta dati da riportare in cartella clinica e nella cartella infermieristica cartacea e/o informatizzata e che comprende in particolare:

- l'individuazione del familiare di riferimento
- la valutazione della presenza di disagio socio-economico
- la raccolta accurata della terapia farmacologica in corso e della propensione del paziente ad aderirvi.

Cruciale in ambito di CRP è l'utilizzo di scale di valutazione che servono ad analizzare in modo dettagliato, oggettivo e riproducibile l'impatto che i problemi fisici, psicologici, relazionali e sociali esercitano sullo stato funzionale. Pertanto le scale fotografano le condizioni attuali, creano un punto di partenza, consentono un punto di confronto e comparazione, aiutano il team a rivedere l'intervento ed orientano le scelte. Si raccomanda pertanto, in ambito di degenza ordinaria, l'utilizzo sistematico di almeno una delle seguenti scale validate.

1. *Rischio di sviluppare lesioni da pressione:*

- Scala di Norton [21]
- Scala di Braden [22]

2. *Rischio nutrizionale*

- Scala MUST [23]

3. *Rischio di caduta*

- Scala di Conley [24]
- Scala Morse [25, 26]
- Scala Tinetti [27]

4. *Per la rilevazione del dolore*

- Scala VAS-NRS [28]

5. *Per valutare la disabilità*

- Scala di Barthel [19]

In talune realtà si utilizzano le diagnosi infermieristiche che consentono una maggiore oggettivazione dei problemi infermieristici della persona assistita e l'adozione di protocolli assistenziali condivisi a livello nazionale o internazionale [20].

b. *Intervento*

La pianificazione dell'assistenza rappresenta, nella clinica infermieristica, il momento di passaggio dal conoscere al fare [9]. La pianificazione può essere definita come l'insieme di attività svolte per il raggiungimento degli obiettivi infermieristici con una tempistica definita adattata ai bisogni assistenziali del cardiopatico. L'attuazione del programma riabilitativo prevede l'utilizzo del piano di assistenza, cioè, interventi infermieristici individuali e specifiche soluzioni correlate alle caratteristiche della persona.

Gli interventi assistenziali specifici in CRP sono:

- organizzazione e gestione delle attività diagnostiche e riabilitative del paziente
- esecuzione e monitoraggio di indagini diagnostiche (ECG, Telemetria), tale azione prevede competenze specifiche relative al riconoscimento di anomalie elettriche
- controllo di eventuali sintomi legati alla somministrazione di terapia (ipotensione, bradicardia, cefalea, etc.)
- titolazione farmaci infusionali (in base a protocolli e procedure interne)
- somministrazione dei farmaci per via orale, anche per mezzo di contenitori con separatori per favorire la formazione del paziente all'auto-gestione terapeutica ed in alcune realtà tali contenitori sono utili al doppio controllo farmacologico
- gestione delle ferite chirurgiche e delle lesioni da pressione tramite protocolli e procedure validate. È necessaria una scheda specifica che documenti l'evoluzione della ferita/lesione (comprendente possibilmente anche documentazione fotografica), documentare l'utilizzo di medicazioni semplici ed avanzate (VAC-terapia, cerotti medicati, schiume assorbenti, nitrati d'argento, collagenasi, cicatrizzanti di nuova generazione, bendaggi elasto-compressivi), con la collaborazione, se necessario e in accordo con il medico curante, di altri professionisti quali infettivologo, cardiocirurgo, chirurgo generale, ect.
- intervento educativo e counseling, con incontri individuali, di gruppo e con caregiver. Gli incontri di gruppo devono essere svolti con cadenza periodica in ambienti idonei, con l'eventuale supporto di video, slide e brochure. Gli argomenti di competenza dell'infermiere sono selezionati dal Team, avvalendosi anche dei suggerimenti dei pazienti. Questo presuppone competenze specifiche dell'infermiere di cardiologia riabilitativa

c. *Valutazione finale*

Gli atti infermieristici che caratterizzano questa fase sono i seguenti:

- rivalutazione del paziente attraverso la compilazione delle scale valutative eseguite all'ingresso e durante il ricovero
- stato della ferita chirurgica e/o da pressione
- verifica dell'aderenza all'assunzione della terapia
- riduzione e/o controllo del dolore qualora presente all'ingresso

d. *Refertazione*

La refertazione si esplica nella descrizione complessiva delle attività svolte e nel fornire indicazioni sul soddisfacimento parziale/totale dei BAI ancora presenti. Qualora il paziente necessiti di continuità di cura, è necessario che l'infermiere comunichi con i centri del territorio o ospedalieri idonei per la successiva presa in carico infermieristica, inviando il materiale cartaceo necessario alla prestazione da erogare e programmando l'eventuale follow-up.

Percorso infermieristico per cardiopatici fragili e/o ad alta complessità

Obiettivi specifici

- Identificare i BAI e il grado di dipendenza attraverso la compilazione della cartella infermieristica e delle scale di valutazione
- Redigere ed attuare il piano assistenziale in condivisione con il medico ed i diversi professionisti dell'HT
- Garantire attraverso interventi mirati il massimo recupero dell'autonomia con verifiche periodiche dei progressi compiuti.
- Attivare i programmi educazionali sulle attività quotidiane coinvolgendo in modo attivo il paziente e/o il caregiver

a. Valutazione

- Compilazione della Cartella Infermieristica con i caregiver per la presenza di più bisogni con un elevato grado di dipendenza dall'infermiere (respiro, mobilizzazione, alimentazione, igiene e cura di sé, incontinenza urinaria o doppia, variazioni dello stato sonno-veglia, mancata autonomia, nella gestione della terapia, derivante spesso da deficit cognitivi, sostegno familiare/sociale, ambiente sicuro)
- Identificazione dei rischi potenziali: difficoltà ad alimentarsi, presenza di catetere vescicale, catetere venoso centrale e/o periferico, lesioni da pressione, ferite chirurgiche difficili, presenza d'infezioni, rischio di caduta, difficoltà cognitive, ridotta autonomia funzionale

b. Intervento

- Soddissolvimento dei BAI e rivalutazione periodica (come minimal care all'ingresso ed alla dimissione)

ASSISTENZA SPECIFICA:

- controllo giornaliero del bilancio idrico
- controllo giornaliero peso corporeo
- prevenzione del rischio caduta tramite la messa in atto di azioni preventive (es. uso di ausili per la deambulazione, uso di protezioni, ect.)
- prevenzione del rischio d'insorgenza lesioni da pressione e messa in atto di azioni preventive (es. utilizzo di adeguate superfici antidecubito, mobilizzazione del paziente, adeguata alimentazione, ect.)
- cura delle eventuali lesioni presenti tramite utilizzo di protocolli condivisi
- gestione di eventuali presidi presenti quali catetere vescicale, catetere venoso centrale, catetere venoso periferico
- intervento educativo volto alla persona/caregiver per favorire la miglior gestione della malattia durante l'ospedalizzazione ed al domicilio
- pianificazione della dimissione: intervento per garantire la continuità assistenziale

c. Valutazione finale

Gli atti infermieristici che caratterizzano questa fase sono i seguenti:

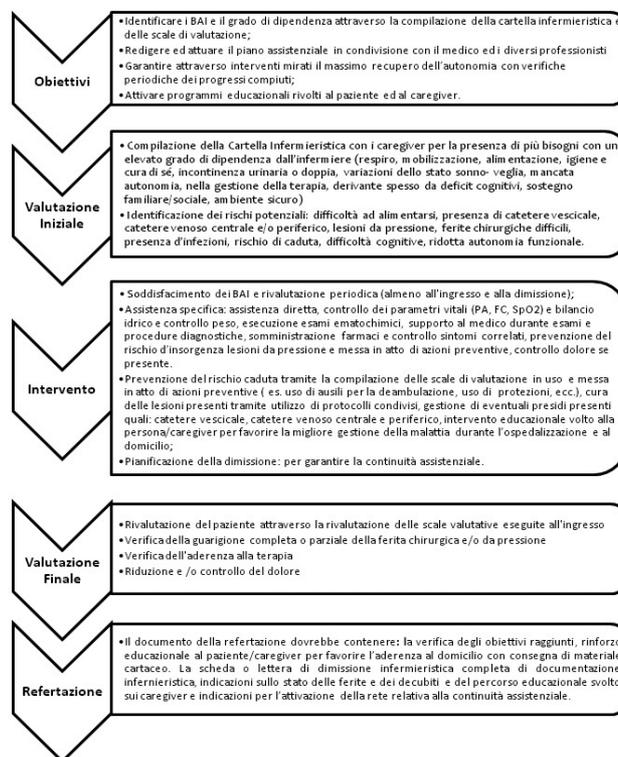


Figura 1. - Sintesi percorso di assistenza infermieristica per paziente cardiopatico fragili e/o ad alta complessità.

- rivalutazione del paziente attraverso la compilazione delle scale valutative eseguite all'ingresso
- stato della ferita chirurgica e/o da pressione
- verifica dell'aderenza alla terapia
- riduzione e/o controllo del dolore

d. Refertazione

Il documento della refertazione infermieristica dovrebbe contenere:

- la verifica degli obiettivi raggiunti
- rinforzi educazionali per il paziente/caregiver per favorire l'aderenza al domicilio con consegna del materiale cartaceo
- indicazioni sullo stato delle ferite e dei decubiti
- indicazioni del percorso educativo svolto
- indicazioni per l'attivazione della rete relativa alla continuità assistenziale in caso d'invio del cardiopatico al domicilio

In Figura 1 è riportata la sintesi del percorso sopra descritto.

Percorso infermieristico per cardiopatici a media complessità

Nel seguente percorso sono elencate le differenze specifiche rispetto al paziente ad l'alta complessità.

Obiettivi specifici

- Garantire attraverso interventi mirati l'aderenza alla terapia
- Attivare programmi educazionali sulle attività quotidiane coinvolgendo in modo attivo il paziente
- Riconoscere ed intervenire sui fattori di rischio

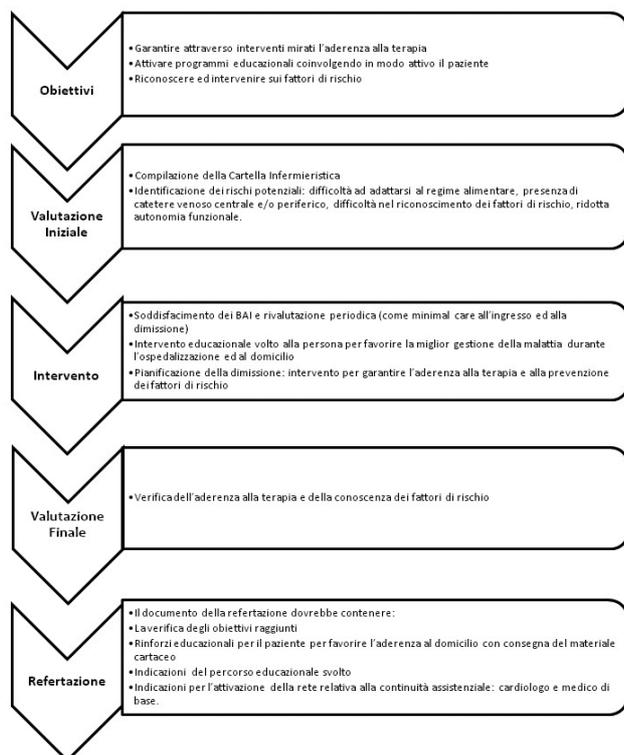


Figura 2. - Sintesi percorso di assistenza infermieristica per pazienti cardiopatici a media complessità.

a. Valutazione

- Compilazione della Cartella Infermieristica (respiro, alimentazione, igiene e cura di sé, variazioni dello stato sonno-veglia, autonomia nella gestione della terapia, sostegno familiare/sociale, attività lavorativa)
- Identificazione dei rischi potenziali: difficoltà ad adattarsi al regime alimentare, presenza di catetere venoso centrale e/o periferico, difficoltà nel riconoscimento dei fattori di rischio, ridotta autonomia funzionale

b. Intervento

- soddifacimento dei BAI e rivalutazione periodica (come minimal care all'ingresso ed alla dimissione)

ASSISTENZA SPECIFICA:

- somministrazione di terapie e monitoraggio terapia infusiva
- cura delle eventuali lesioni presenti tramite utilizzo di protocolli condivisi
- gestione di eventuali presidi presenti quali catetere vescicale, catetere venoso centrale, catetere venoso periferico
- intervento educazionale volto alla persona per favorire la miglior gestione della malattia durante l'ospedalizzazione ed al domicilio
- pianificazione della dimissione: intervento per garantire l'aderenza alla terapia e alla prevenzione dei fattori di rischio

c. Valutazione finale

Gli atti infermieristici che caratterizzano questa fase sono i seguenti:

- rivalutazione del paziente attraverso la compilazione delle scale valutative eseguite all'ingresso

- verifica dell'aderenza alla terapia e della conoscenza dei fattori di rischio
- riduzione e/o controllo del dolore

d. Refertazione

Il documento della refertazione infermieristica dovrebbe contenere:

- la verifica degli obiettivi raggiunti
- rinforzi educazionali per il paziente per favorire l'aderenza al domicilio con consegna del materiale cartaceo
- indicazioni del percorso educazionale svolto
- indicazioni per l'attivazione della rete relativa alla continuità assistenziale: cardiologo e medico di base

In Figura 2 è riportata la sintesi del percorso sopra descritto.

Percorso infermieristico per cardiopatici a bassa complessità

Nel paziente cardiopatico, a bassa complessità, l'attività di raccolta e analisi dei dati e la pianificazione saranno da adattare in base al modello gestionale attivato (degenza breve, Day-Hospital, ambulatorio).

Obiettivi specifici

- Garantire attraverso interventi mirati l'aderenza alla terapia
- Attivare i programmi educazionali specifici per il paziente sulle attività quotidiane coinvolgendo in modo attivo il paziente
- Riconoscere ed intervenire sui fattori di rischio

a. Valutazione iniziale

- Compilazione della documentazione Infermieristica utilizzata
- Verifica delle competenze sulla malattia ed adesione alla terapia

b. Intervento

- Soddifacimento dei BAI e rivalutazione periodica
- Rilevazione e gestione del dolore
- Counseling infermieristico individuale e/o di gruppo
- Individuazione dei fattori di rischio cardiovascolare
- Rinforzo dei messaggi sulla conoscenza della malattia e sulla gestione della terapia farmacologica con utilizzo di brochure, proiezioni di slide, DVD, ect.
- Educazione all'utilizzo di programmi telematici

c. Valutazione finale

Gli atti infermieristici che caratterizzano questa fase sono i seguenti:

- guarigione della ferita chirurgica e/o da pressione
- aderenza alla terapia
- conoscenza della malattia, autogestione della terapia
- riduzione e/o controllo del dolore

d. *Refertazione*

La refertazione infermieristica deve includere:

- verifica degli obiettivi raggiunti
- riduzione e controllo del dolore
- guarigione delle ferite chirurgiche
- i numeri telefonici di riferimento in caso di necessità
- la descrizione dell'intervento educativo svolto per favorire l'autogestione alla terapia
- la consegna di materiale informativo ed educativo
- indicazioni per promuovere la rete per la continuità assistenziale
- la programmazione su indicazione del cardiologo del follow-up

In Figura 3 viene sotto riportata la sintesi del percorso sopra descritto.

Indicatori di processo

(in parentesi la percentuale dello standard da garantire)

- Presenza di cartella infermieristica (100%).
- Compilazione delle scale di valutazione all'ingresso, almeno una volta durante la degenza e alla dimissione (100%).
- Partecipazione dei pazienti/care-giver agli incontri educazionali individuali e di gruppo gestiti dall'infermiere (75%).
- Valutazione finale degli obiettivi raggiunti (100%).
- Refertazione finale in cartella clinica con descrizione degli interventi svolti e segnalazione di eventuali problemi aperti (100%).

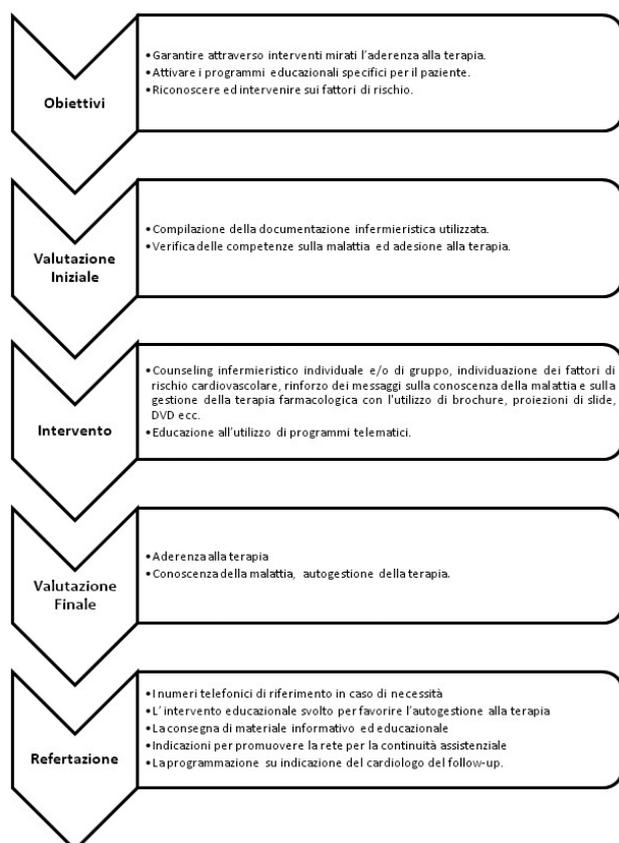


Figura 3. - Sintesi percorso di assistenza infermieristica per pazienti cardiopatici a bassa complessità.

Indicatori di esito

(in parentesi la percentuale dello standard da garantire)

- Numero e gravità di cadute accidentali (lo standard deve essere fissato dall'ufficio qualità di ogni struttura dopo raccolta dati ed individuazione della necessità di modifiche organizzative).
- Numero e gravità di lesioni da pressione insorte durante il trattamento (sono indicatori che ogni struttura definisce con un proprio standard in base alla tipologia di popolazione osservata).
- Infezioni della ferita chirurgica/lesione da pressione insorte durante il trattamento riabilitativo (l'indicatore dovrebbe essere individuato dal CIO (comitato infezioni ospedaliere) di ogni struttura.

Bibliografia consigliata [2, 6, 15] e manuali inerenti l'interpretazione elettrocardiografica di base.

Formazione richiesta: si consiglia l'esecuzione di un corso di BLS.

I percorsi di cura fisioterapici

Le Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari pubblicate nel 2005 [2] mettevano già in evidenza come l'esercizio fisico costituisca un elemento centrale dei programmi di cardiologia riabilitativa con massimo livello di evidenza (1+A). Anche le più recenti LLGG [8] europee confermano con il maggior grado di evidenza che i pazienti cardiopatici stabili devono essere sottoposti a training fisico aerobico moderato-vigoroso tre volte a settimana per 30 minuti ogni sessione e che i pazienti sedentari dovrebbero essere fortemente incoraggiati ad iniziare un programma di esercizio fisico di lieve intensità dopo adeguata stratificazione del rischio in relazione all'esercizio.

Ai giorni nostri sembrerebbe superfluo evidenziare che lo stile di vita sedentario rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo delle malattie cardiovascolari e che l'attività fisica eserciti molteplici effetti positivi anche su numerosi fattori di rischio (ipertensione, dislipidemie, diabete, obesità), eppure in Europa meno del 50% dei cittadini pratica attività fisica regolarmente e meno di un terzo dei pazienti eleggibili partecipano di fatto a programmi di riabilitazione.

L'allenamento aerobico è da considerarsi centrale nei programmi riabilitativi per tutti i pazienti, modulando intensità e quantità per le diverse tipologie di persone ma non va sottovalutata l'importanza dell'aderenza alla prescrizione dell'esercizio fisico, che è un fattore fondamentale nel determinare effetti benefici sulla prognosi, come documentato, ad esempio dallo studio HF-ACTION [8, 30] nell'ambito dello scompenso cardiaco.

Scopo

L'area fisioterapisti si è posta l'obiettivo di definire la corretta impostazione dei programmi minimi di esercizio fisico (dal ricondizionamento al training fisico) selezionando gli interventi di ripresa della mobilità, di ripresa della funzionalità respiratoria, di allenamento ed in generale di modifica dell'inattività fisica, indispensabili e necessari per permettere alle diverse tipologie di pazienti di correggere il fattore di rischio sedentarietà.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici dell'intervento fisioterapico in generale per tutti i pazienti in riabilitazione cardiologica dovranno essere:

- migliorare la capacità funzionale
- favorire l'aderenza alla prescrizione dell'esercizio fisico

Inoltre tra gli obiettivi, seppur meno specifici, ma trasversali del progetto di cura vi è anche quello di rafforzare le risorse della persona nella gestione del distress e, se tabagista, dei sintomi dell'astensione dal fumo.

a. Valutazione

Il Fisioterapista prende visione dei dati anamnestici e del quadro clinico del paziente. Per evidenze scientifiche e per regolamentazione normativa l'intervento del fisioterapista in CRP deve essere previsto per tutti i pazienti [6]. È questo il motivo per cui la presa in carico del paziente dovrebbe essere avviata secondo protocolli standard e dovrebbe prevedere:

- presentazione caso clinico del cardiologo
- consultazione cartella clinica per raccolta dati anamnestici e quadro clinico del paziente
- colloquio con il paziente per raccolta dati anamnestica, quadro clinico, conoscenza del suo abituale livello di attività fisica e motivazione al trattamento.

Consultazione Cartella Clinica. Fondamentale è esaminare la Cartella Clinica per comprendere il grado di complessità clinica e l'eventuale multimorbilità che, se associata alla fragilità della persona di età avanzata, peggiora notevolmente le capacità funzionali. Bisogna inoltre concordare con il cardiologo e con l'equipe quali valutazioni funzionali saranno necessarie prima dell'attuazione del programma riabilitativo. La valutazione clinica deve essere eseguita prima di avere il primo contatto con il paziente per poter rendersi conto di quanto il paziente sia realmente consapevole della propria situazione e delle attività fisioterapiche da svolgere. Per essere maggiormente efficaci in questa fase sarebbe bene utilizzare una checklist simile a quella di seguito riportata in Tabella 2, i cui contenuti devono essere poi specificati e trascritti in modo sintetico nella cartella fisioterapica.

Tabella 2. - Valutazione situazione clinica del fisioterapista

n	Check list d'ingresso	Sì	No
1	Dati anagrafici		
2	Patologia cardiologica remota		
3	Patologia cardiologica attuale		
4	Complicanze della fase acuta		
5	Comorbilità internisti che		
6	Patologie neuro-muscolo-ortopediche pregresse o in atto		
7	Fattori di rischio		
8	Giornata dall'evento acuto		
9	Presenza di versamento pleuro-pericardico significativo		
10	Capacità cognitive del paziente		
11	Presenza di caregiver		

Dopo la rilevazione di questi dati, ed in accordo con il cardiologo, si può inquadrare il paziente secondo il grado di complessità clinico-funzionale sulla base degli standard definiti dalla parte introduttiva.

Colloquio con il paziente. Per facilitare il cambiamento dello stile di vita sono raccomandate strategie cognitivo-comportamentali come il colloquio motivazionale [8]. Non sempre ci si trova di fronte a persone con le quali è possibile intraprendere un colloquio incentrato sulla motivazione al cambiamento; in determinate situazioni il primo approccio è mediato da una terza persona (caregiver) che in quel momento e/o a domicilio si prende cura del paziente per colmare le limitazioni cognitivo-funzionali.

Per quanto possibile durante il colloquio si dovrebbe:

- valutare l'anamnesi dello stato funzionale pre-evento acuto
- comprendere le limitazioni della vita quotidiana e l'entità dell'attività fisica svolta pre-evento per settimana
- concordare gli obiettivi e quanto più possibile le modalità per raggiungerli sia con il paziente che con il caregiver ed informarli che essi verranno comunque discussi e condivisi con l'intera equipe.

Valutazione funzionale. Essa ha lo scopo di misurare il grado di disabilità, nel caso di perdita della capacità funzionali, o l'entità di quest'ultima. A seconda delle diverse patologie e degli obiettivi specifici, essa può essere eseguita dal solo fisioterapista, dal cardiologo o da entrambi, nel caso della misurazione del grado di disabilità, dall'infermiere.

La valutazione funzionale può essere eseguita con una o più delle seguenti opzioni:

- Barthel Index [19] eseguibile da infermiere o fisioterapista
- Scala Tinetti [27] eseguibile da infermiere o fisioterapista
- Six Minute Walking Test (6MWT) [2] eseguibile da fisioterapista
- Vittorio test [31] eseguibile da fisioterapista
- Test ergometrico (TE) [2] eseguito da cardiologo ed infermiere
- Test ergometrico cardiopolmonare (TECP) [2] eseguito da cardiologo ed infermiere

L'argomento verrà trattato in modo dettagliato per le diverse tipologie di pazienti. In ogni caso i risultati di tale valutazione sono fondamentali per il fisioterapista per impostare il Trattamento Riabilitativo (TR). Resta sottointeso che nella pratica clinica non tutti i pazienti sono strettamente inquadrabili in una tipologia specifica e quindi con il cardiologo si potranno valutare le modalità di valutazione funzionale più adeguate.

b. Intervento

Il fisioterapista definisce, in stretta collaborazione con il cardiologo e con gli altri membri del team, la tipologia dell'intervento fisioterapico per quanto riguarda:

- limiti di sicurezza
- monitoraggio
- counseling di gruppo e/o individuale, sedute educazionali di gruppo.

L'intervento viene attuato dal fisioterapista in maniera autonoma per quanto riguarda:

- l'attività terapeutica per la rieducazione funzionale
- la proposta e l'addestramento all'utilizzo degli ausili per il recupero o per l'incremento della mobilità verificandone l'efficacia
- l'attività terapeutica per la rieducazione al respiro
- la proposta e l'addestramento all'utilizzo degli incentivatori respiratori verificandone l'efficacia
- la somministrazione dei protocolli di allenamento specifici
- la modulazione dei carichi allenanti (a meno di specifiche e concordate indicazioni del cardiologo).

La corretta pianificazione dell'intervento deve prevedere il coinvolgimento del paziente nel momento in cui si definiscono:

- i risultati attesi
- la durata dell'intervento
- la scelta del setting assistenziale (solo degenziale, degenziale-DH, degenziale-ambulatorio, ambulatoriale)
- le strategie da adottare per facilitare il mantenimento dei risultati raggiunti.

c. *Valutazione finale*

Al termine dell'intervento fisioterapico bisogna misurare i risultati con una valutazione funzionale che tenga conto degli eventuali progressi del paziente. Data l'eterogeneità degli afferenti alla CRP, che deve tener conto del PRI tratteremo il tema negli specifici paragrafi.

d. *Refertazione*

Il Trattamento Riabilitativo (TR) effettuato deve essere descritto specificando le varie componenti ed i tempi impiegati per l'esecuzione. Le attività svolte dal fisioterapista con il paziente devono essere documentate mediante cartella specifica [6], nella quale siano riportate:

- dati anagrafici del paziente
- codice Identificativo in caso di pazienti ricoverati (per es.: N° cartella clinica, N° posto letto)
- dati clinici (come definito in Tabella 2)
- identificativo (nome o numero) del protocollo assegnato
- durata in minuti della seduta
- tipo di attività svolta durante la seduta
- parametri vitali rilevati PA, FC, SpO₂ (base, sforzo, recupero)
- valori della scala di Borg [32] riferiti dal paziente
- carichi di lavoro somministrati
- utilizzo di incentivatori/ausilii
- utilizzo controllo telemetrico ECG.

La continuità assistenziale dovrebbe essere garantita mediante l'interazione tra i centri riabilitativi e la rete dei servizi territoriali. Una lettera di dimissione il più possibile integrata con le indicazioni per il mantenimento dei risultati raggiunti di tutte le figure professionali coinvolte, riteniamo costituisca uno strumento valido per attivare una continuità assistenziale. Perché la dimissione possa essere un momento di sintesi del lavoro interdisciplinare

svolto durante il percorso riabilitativo è necessario una cooperazione con l'intero team nella formulazione della documentazione da consegnare al paziente. Il fisioterapista dovrebbe evidenziare le caratteristiche del piano di mantenimento dell'attività fisica per le diverse tipologie di persone in trattamento. Tratteremo questo specifico aspetto della refertazione nei percorsi disegnati per i diversi pazienti cardiopatici.

Percorso fisioterapico per cardiopatici fragili e/o ad alta complessità

Le persone anziane fragili o ad alta complessità presentano, come evidenziato nei capitoli precedenti, un quadro clinico complesso generalmente associato ad alti livelli di disabilità e a scarsa tolleranza allo sforzo. Per questo richiedono una valutazione funzionale e un intervento fisioterapico strutturato che tenga conto di diversi aspetti.

Obiettivo specifico

Recupero delle attività della vita quotidiana

a. *Valutazione funzionale*

Rischio caduta con almeno una delle seguenti opzioni:

- Barthel Index
- Scala Tinetti.

Nel caso in cui il paziente avesse un'autonomia di marcia, anche se minima, ne andrebbe valutata l'entità con un:

- 6MWT

Tutte le valutazioni eseguite devono essere documentate in cartella clinica con referto.

b. *Intervento*

L'intervento fisioterapico deve prevedere:

- trattamento delle comorbilità motorie che compromettano la mobilità
- recupero mobilità pre-evento (passeggiate, orto, ecc.)
- incremento attività fisiche svolte durante la giornata

Intensità: al di sotto della comparsa dei sintomi:

- dispnea secondo scala di Borg [32], modificata per dispnea, uguale o inferiore a 3/10
- fatica lieve-moderata, secondo la scala Borg Category-Ratio anchored at the number 10 (CR10) uguale o inferiore a 3/10.

Seduta individuale: almeno una volta al dì, in alcuni casi può essere necessario suddividere la singola seduta in due o tre momenti nella giornata, scegliendo una delle attività di seguito riportate:

- ginnastica respiratoria per trattamento delle patologie respiratorie associate
- mobilizzazioni passive, attive/assistite e attive, allo scopo di contrastare gli effetti dell'allettamento e favorire il recupero della mobilità pre-evento.

Seduta di gruppo: generalmente le persone anziane fragili o ad alta complessità durante le prime fasi del PRI possono non essere in grado di accedere alle attività in gruppo, ma può essere un obiettivo a breve termine da concordare con la persona. La se-

duta deve essere prevista almeno 1 volta al dì, scegliendo tra le attività di seguito riportate:

- esercizi di ginnastica vascolare
 - esercizi di rinforzo muscolare selettivo
 - training del cammino sulla base del 6MWT
- Monitoraggio.** L'attività fisica proposta in questo caso ha un basso impatto sul sistema cardio-vascolare. È necessario monitorare le variazioni di:
- frequenza cardiaca (FC)
 - pressione arteriosa (PA)
 - saturazione di ossigeno (SpO₂) in presenza di patologie respiratorie
 - telemetria ECG ogni volta che si incrementa l'entità delle attività riabilitative

c. Valutazione finale

Al termine del programma, in questa tipologia di pazienti, non solo bisogna misurare i risultati ottenuti con la somministrazione della medesima valutazione eseguita all'inizio del PR, ma è necessario considerare la possibilità di eseguire una valutazione della capacità funzionale anche se non è stata eseguita in ingresso.

d. Refertazione

Nella fase di dimissione il fisioterapista dovrà consegnare il programma di mantenimento al paziente in presenza del caregiver [6, 33]

Per quanto riguarda l'aspetto dell'attività fisica andrebbe sempre evidenziato:

- il limite dei pesi sollevabili
- la deambulazione quotidiana con limiti inferiori e superiori
- il range di Borg percepito tollerabile

In Figura 4 è riportata la sintesi del percorso sopra descritto.



Figura 4. - Sintesi percorso di assistenza fisioterapica per pazienti cardiopatici fragili e/o ad alta complessità.

Percorso fisioterapico per cardiopatici a media complessità

Obiettivo specifico

Incremento della capacità funzionale finalizzato al miglioramento della qualità della vita e riduzione del profilo di rischio globale.

a. Valutazione funzionale

Con questa tipologia di pazienti andrebbe eseguita la valutazione del grado di complessità e dell'autonomia di marcia con almeno due delle seguenti opzioni:

- Vittorio test
- 6MWT
- TE
- TECP

b. Intervento

Il programma deve prevedere:

- trattamento delle comorbidità che compromettano la mobilità
- trattamento del decondizionamento
- correzione dei difetti di postura da sternotomia
- recupero attività motorie pre-evento
- incremento attività fisiche svolte durante la giornata

Intensità: al di sotto della comparsa dei sintomi:

- dispnea secondo scala di Borg (modificata per dispnea) uguale o inferiore a 3/10
- fatica lieve-moderata secondo la scala Borg CR 10, uguale o inferiore a 3/10

Attuazione intervento. La 1^a Fase può comportare inizialmente per alcuni pazienti sedute individuali, 1-2 volte al dì, scegliendo tra le attività di seguito riportate a seconda del problema clinico da risolvere con:

(a) ginnastica respiratoria

- tecniche di disostruzione bronchiale
- tecniche di riespansione polmonare
- incentivatori respiratori
- controllo della tosse
- coordinazione respiro movimento

(b) mobilizzazioni

- passive
- attive assistite
- attive

2^a Fase, sedute di gruppo almeno una volta al dì, scegliendo tra le attività di seguito riportate:

- esercizi di incremento della forza (almeno 2 volte a settimana) [4]
- esercizi di flessibilità, equilibrio a bassa resistenza muscolare
- training del cammino
- allenamento aerobico con ergometri (cyclette, tapis roulant)

Nel caso in cui in fase di valutazione sia stato eseguito un TE o un TECP l'intensità dell'esercizio può essere modulata in base alla Frequenza Cardiaca (FC) target, secondo una delle seguenti formule:

- formula di Cooper [34] con la quale si può definire la FC massima (220-età). Ottenuto questo valore è possibile rilevare in base all'obiettivo di far perseguire a paziente la percentuale di la-

voro con la seguente formula: FC lavoro = FC massima da moltiplicare alla percentuale lavoro/100.

Esempio: soggetto di 40 anni percentuale di lavoro 80%: FC massima (max) = 220-40 = 180b/min FC lavoro = 180*80/100 = 144b/min formula di Karvonen [35] che considera in aggiunta anche la FC a riposo del paziente. FC max (220-età)-FC riposo = FC di riserva di lavoro. FC di riserva di lavoro *% di lavoro/100+FC di riposo.

Esempio nel soggetto di 40 anni con FC a riposo = 55 b/min, percentuale di lavoro 80%: FC di riserva = (220-40)-55 = 125b/min FC di lavoro = 125*80/100+55 = 155b/min

- VO₂ 50-85% VO₂ picco
- Monitoraggio.** L'attuazione del programma in questi pazienti è in due fasi, che richiedono diverse tipologie di monitoraggio.

Nella 1^a fase, a basso impatto sul sistema cardiovascolare, è sufficiente monitorare le variazioni di:

- frequenza cardiaca (FC)
- pressione arteriosa (PA)
- saturazione dell'ossigeno (SpO₂) nel caso della presenza di patologie respiratorie.

Alcuni casi particolari, su richiesta del cardiologo, potrebbero richiedere controlli più intensivi.

Durante la 2^a fase l'impegno cardiovascolare è più rilevante, il controllo delle funzioni vitali del paziente durante le sedute di fisioterapia deve essere continuo nei primi giorni e tutte le volte che si aumentino i carichi di lavoro mediante l'utilizzo di:

- telemetria ECG

c. Valutazione finale

Al termine del programma bisogna misurare i risultati dei miglioramenti con una valutazione funzionale idonea ai progressi ottenuti e che permetta la corretta impostazione del piano di mantenimento.

d. Refertazione

Tutte le persone nella fase di dimissione avranno una lettera di dimissione il più possibile integrata con le indicazioni per il mantenimento di tutte le figure professionali coinvolte, nella quale il fisioterapista dovrà evidenziare le caratteristiche del piano di mantenimento dell'attività fisica.

Per aumentare l'aderenza all'attività fisica sarebbe meglio consegnare la documentazione al paziente in presenza del caregiver.

Un piano di mantenimento [33] per essere efficace dovrebbe contenere:

- frequenza allenamenti
- frequenza cardiaca (limiti inferiori e superiori)
- obiettivo camminate (tempo e distanze)
- obiettivo cyclette (tempo e carico)
- faccende domestiche e lavori di fatica (sì, no, limiti)
- attività sportive e ricreative consigliate
- limite dei pesi sollevabili
- camminate o cyclette

In Figura 5 è riportata la sintesi del percorso sopra descritto.

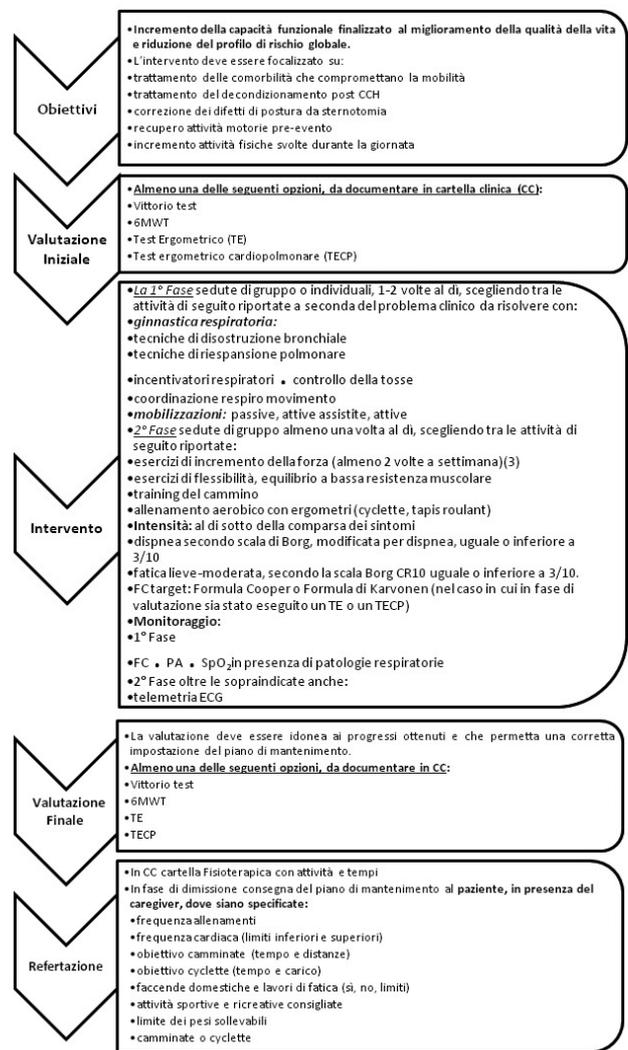


Figura 5. - Sintesi percorso di assistenza fisioterapica per pazienti cardiopatici a media complessità.

Percorso fisioterapico per cardiopatici a bassa complessità

La commissione GICR/ANMCO [4, 36] ritiene che le persone a bassa complessità abbiano necessità di essere inserite all'interno di un percorso riabilitativo interdisciplinare finalizzato alla prevenzione secondaria. L'attenzione del fisioterapista, fin dalle prime fasi della valutazione, dovrebbe tener conto di come integrare l'attività fisica nella vita del paziente.

Obiettivo specifico

Incremento della capacità funzionale allo scopo di correggere il fattore di rischio sedentarietà e quindi promuovere l'aderenza ad una attività fisica regolare.

a. Valutazione funzionale

La valutazione di questi pazienti ha come unico obiettivo quello di stabilire i limiti di sicurezza dell'allenamento e deve prevedere uno o più test tra:

- 6MWT
- TE
- TECP

b. Intervento fisioterapico

Il programma per questa tipologia di pazienti deve prevedere una fase di allenamento aerobico ed in generale dovrebbe avere come obiettivi:

- recupero mobilità pre-evento
- correzione dei difetti di postura conseguenti alla sternotomia
- riadattamento alle attività fisiche svolte durante la giornata

Intensità: al di sotto della comparsa dei sintomi dispnea secondo scala di Borg (modificata per dispnea) uguale o inferiore a 3/10

- fatica lieve-moderata secondo la scala Borg Ratings of Perceived Exertion (Borg RPE) uguale o inferiore a 13/20

Nel caso in cui in fase di valutazione sia stato eseguito un TE o un TECP l'intensità dell'esercizio può essere modulata in base a:

- FC target (secondo una delle formule)
 - o formula di Cooper
 - o formula di Karvonen
- VO₂
 - o 50-85% VO₂ picco

Attuazione intervento

1^a Fase in degenza: seduta individuale una volta al dì:

- ginnastica Respiratoria
- coordinazione respirazione movimento

2^a Fase in degenza (Ordinario o DH): sedute di gruppo almeno, 1 volta al dì, scegliendo tra le attività di seguito riportate:

- esercizi di incremento della forza (almeno 2 volte a settimana)
- training del cammino sulla base del 6MWT
- allenamento aerobico con ergometri (cyclette, tapis roulant) fino a 30 minuti

3^a Fase in Ambulatorio: sedute di gruppo almeno di 45 minuti, 2-3 volte a settimana:

- coordinazione respirazione movimento
- esercizi di incremento della forza (almeno 2 volte a settimana)
- allenamento aerobico con ergometri (cyclette, tapis roulant) fino a 30 minuti. *Monitoraggio* La prima fase ha un basso impatto sul sistema cardiovascolare è necessario monitorare le variazioni di:
 - frequenza cardiaca (FC)
 - pressione arteriosa (PA)
 - saturazione dell'ossigeno (SpO₂) nel caso della presenza di patologie respiratorie

Durante la seconda fase l'impegno cardiovascolare è più rilevante, il controllo delle funzioni vitali del paziente deve essere continuo nei primi giorni e tutte le volte che si aumentano i carichi di lavoro mediante l'utilizzo di uno di questi strumenti:

- telemetria ECG
- cardiofrequenzimetro

c. Valutazione finale

Al termine del programma bisogna misurare i risultati con una valutazione funzionale, che deve essere della stessa tipologia di quella eseguita all'inizio.

d. Refertazione

È estremamente importante in questa tipologia di persone favorire l'aderenza alle prescrizioni in fase di dimissione. La continuità assistenziale dovrebbe essere garantita mediante l'integrazione dei centri riabilitativi con la rete dei servizi territoriali (intese anche associazioni di pazienti, palestre ect.). Per aumentare l'aderenza all'attività fisica sarebbe meglio consegnare la documentazione al paziente in presenza del familiare a lui più vicino. Il fisioterapista dovrà evidenziare le caratteristiche del piano di mantenimento dell'attività fisica:

- limite dei pesi sollevabili
- camminate o cyclette
- frequenza allenamenti (3-4 volte a settimana) [37]
- frequenza cardiaca (limiti inferiori e superiori)
- obiettivo camminate (tempo e distanze)
- obiettivo cyclette (tempo e carico)
- faccende domestiche e lavori di fatica (sì, no, limiti)
- attività sportive e ricreative consigliate

In Figura 6 è riportata la sintesi del percorso sopra descritto.

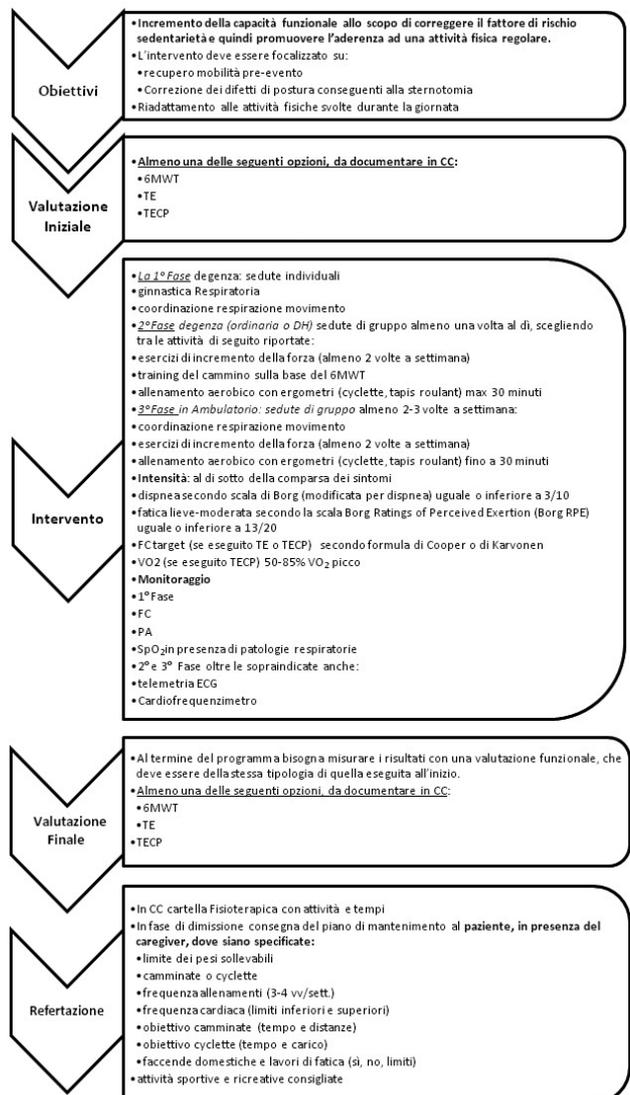


Figura 6. - Sintesi percorso di assistenza fisioterapica per pazienti cardiopatici a bassa complessità.

Indicatori di processo

(in parentesi la percentuale dello standard da garantire)

- I pazienti dovrebbero aver svolto una valutazione finale (a seconda del livello di complessità) uguale a quella iniziale (95%).
- Durante lo svolgimento del PR deve essere effettuata la documentazione del monitoraggio e delle attività fisioterapiche (95%).

Indicatori di esito

(in parentesi la percentuale dello standard da garantire)

- Percentuale di pazienti che al termine della CRP hanno recuperato, anche parzialmente a seconda del livello di complessità, le attività della vita quotidiana (mediante scala di Barthel) e/o la capacità funzionale (incremento distanza percorsa al 6MWT e miglioramento alla scala di Borg) (90%).

Bibliografia consigliata: il fisioterapista dovrebbe conoscere la documentazione relativa a: Linee Guida Nazionali sulla CRP ed europee [2, 8], documenti elaborato dal Panel della Società Scientifica GICR-IACPR sui requisiti minimi della CRP [4], Linee di Indirizzo sulla Riabilitazione in generale [6], principali scale di valutazione funzionali impiegabili in CRP [27, 29, 31, 32], counseling motivazionale [18], bisogni informativi ed educazionali dei pazienti cardiopatici [11, 12].

Formazione consigliata: il fisioterapista dedicato alla CRP dovrebbe aver acquisito durante il percorso di formazione nozioni sull'effetto dell'esercizio sul sistema cardiovascolare, nozioni base di cardiologia ed elettrocardiografia, inoltre dovrebbe essere in possesso dell'abilitazione BLS-D.

Percorso dietistico per l'assistenza nutrizionale

Una dieta salutare è raccomandata come misura principale della prevenzione cardiovascolare [8]. Nei paesi industrializzati la più importante associazione tra dieta e salute è certamente il rapporto con le malattie cardiovascolari, principale causa di morte e disabilità [37]. Il counseling nutrizionale svolge un ruolo importante nella prevenzione e trattamento dell'obesità, dislipidemie, ipertensione, diabete mellito [38] ed i trials randomizzati e controllati hanno dimostrato infatti un beneficio consistente della terapia dietetica, con una significativa riduzione di eventi fatali e non fatali e della mortalità totale [39]. Di conseguenza, nell'ambito del percorso riabilitativo, è ormai acquisito che assicurare a tutti i pazienti con cardiopatia, in particolare ischemica, un'informazione nutrizionale basata sulle evidenze è in grado di salvare più vite di quanto invece è possibile fare concentrando la consulenza dietetica solo su soggetti che necessitano di una riduzione di peso o di abbassamento della colesterolemia [40].

Obiettivi specifici

- Prevenire e/o gestire la malnutrizione proteico-energetica per migliorare lo stato nutrizionale del paziente
- Gestire le eventuali patologie concomitanti

- Modificare le abitudini alimentari per:
 - Migliorare il controllo del peso corporeo e della circonferenza vita
 - Migliorare i valori della pressione arteriosa
 - Migliorare i valori dell'assetto lipidico (colesterolo HDL e LDL, trigliceridi)
 - Migliorare i valori della glicemia ed emoglobina glicata nel diabete
 - Contribuire ad aumentare la sensazione di benessere
 - Migliorare la qualità della vita

Fasi

In base alla valutazione clinica e alla complessità del paziente viene definito il percorso assistenziale che consta di 4 fasi:

- valutazione* (per la definizione dei problemi di salute correlati alla nutrizione) e presa in carico (attraverso criteri e modalità di accesso definite, ad esempio: screening del rischio nutrizionale, presenza di fattori di rischio correlati alla nutrizione, ecc.)
- l'intervento nutrizionale*, attraverso l'elaborazione del piano terapeutico (intervento)
- valutazione finale* per la verifica dei risultati attraverso il monitoraggio nutrizionale
- refertazione*

L'obiettivo della valutazione nutrizionale è quello di raccogliere, verificare ed interpretare i dati necessari per identificare i problemi nutrizionali, le loro cause e la loro rilevanza [41, 42]. La diagnosi nutrizionale è un processo che mira a identificare e descrivere il problema nutrizionale che può essere risolto o migliorato attraverso l'intervento del dietista [41, 42]. L'intervento nutrizionale è un insieme pianificato di attività progettate con l'intento di risolvere o migliorare il problema identificato dalla diagnosi dietetica. Le attività pianificate (piano di trattamento dietetico/nutrizionale, educazione terapeutica, counseling nutrizionale) si pongono l'obiettivo di migliorare lo stato di nutrizione, favorire l'acquisizione di conoscenze e la modificazione del comportamento alimentare, dei fattori di rischio e di altri aspetti che incidono sullo stato di salute dell'individuo [41, 42]. Il monitoraggio nutrizionale ha l'obiettivo di determinare l'entità dei progressi fatti dal paziente e il raggiungimento degli obiettivi attesi con l'intento di valutare le ricadute e gli esiti di un intervento nutrizionale [41, 42].

Percorso dietistico per cardiopatici fragili o ad alta complessità

La complessità clinica, la disabilità, la multimorbilità, talvolta associata con la fragilità derivante dall'età avanzata, sono spesso correlate a problemi nutrizionali che possono sommarsi a quelli dovuti alla presenza delle alterazioni metaboliche più frequenti della patologia cardiovascolare. Il paziente ad alta complessità è più frequentemente dipendente da supporti esterni per lo svolgimento di alcune funzioni vitali e talvolta anche per alimentarsi può essere necessario ricorrere a modificazioni sostanziali dell'assunzione alimentare fino al ricorso alla nutrizione artificiale.

Obiettivo specifico

Mantenere l'equilibrio nutrizionale della persona in considerazione delle relazioni fra stato nutrizionale e situazione clinica della persona fragile, individuando precocemente il rischio nutrizionale per prevenire e/o trattare la malnutrizione proteico-energetica anche attraverso il supporto per os o artificiale.

a. Valutazione

Il rischio nutrizionale della persona deve essere valutato attraverso la rilevazione dei seguenti dati, all'ingresso del paziente in riabilitazione cardiologica:

- peso, statura e calcolo dell'indice di massa corporea (IMC); in caso di paziente non pesabile l'IMC può essere stimato dalla misurazione della circonferenza del braccio (se la circonferenza del braccio è <23,5 cm, è probabile che l'indice di massa corporea sia inferiore a 20 kg/m², cioè è probabile che il soggetto sia sottopeso)
- perdita involontaria di peso negli ultimi 3-6 mesi (una perdita tra il 5 e il 10% indica un medio rischio nutrizionale; se > al 10% indica un alto rischio nutrizionale)
- impossibilità ad alimentarsi per 5 giorni [23].

Per la valutazione del rischio nutrizionale dei pazienti possono essere utilizzati test di screening validati (es: MUST - Malnutrition Universal Screening Tool) [23]. Sulla base del risultato ottenuto allo screening potranno essere identificate le seguenti tipologie di rischio nutrizionale:

- persone ad alto rischio nutrizionale: devono essere inviate alla valutazione del dietista entro le 24 ore successive al risultato dello screening
- persone a medio rischio nutrizionale: vengono inviate alla valutazione del dietista entro le 48 ore successive al risultato dello screening possibilmente con una rilevazione dell'introito alimentare della giornata precedente la richiesta di consulenza (v. esempio di scheda rilevazione ingesta) [43]
- persone risultate a basso rischio nutrizionale seguono il percorso di assistenza nutrizionale declinato nel minimal care per persone cardiopatiche a bassa e a media complessità e devono essere valutati dal dietista entro 72 ore dalla somministrazione del test di screening.

La Valutazione nutrizionale. I dati fondamentali da rilevare riguardano:

- a) storia dietetica
- b) misure antropometriche
- c) dati biochimici, esami strumentali
- d) esame obiettivo finalizzato alla valutazione dello stato nutrizionale
- e) storia del paziente [41, 42].

I dati riguardanti la valutazione nutrizionale sono documentati nella cartella dietetica; nella cartella clinica vengono riportati i dati utili alla gestione integrata del percorso riabilitativo.

La diagnosi nutrizionale. I dietisti documentano la diagnosi nutrizionale anche nella cartella clinica indicando il problema rilevato, l'eziologia e i segni e sintomi individuati.

b. Intervento nutrizionale

Il dietista pianifica e attua l'intervento nutrizionale:

- definisce la tipologia di intervento da adottare nel caso specifico (piano di trattamento dietetico e/o nutrizionale, educazione terapeutica, counseling nutrizionale, supporto nutrizionale per os, nutrizione artificiale)
- cura l'attuazione del piano di trattamento nei diversi setting assistenziali (degenza, DH, ambulatoriale)
- definisce il piano di monitoraggio e la valutazione.

La pianificazione dell'intervento deve prevedere la definizione dei risultati attesi, dei tempi, della frequenza, della durata dell'assistenza tenendo conto dei bisogni del paziente e delle risorse disponibili.

I dati relativi all'intervento sono documentati anche nella cartella clinica.

Monitoraggio nutrizionale. Il monitoraggio prevede la rilevazione di dati quali:

- valutazione assunzione alimentare/nutrizionale
- esame obiettivo finalizzato allo stato nutrizionale
- antropometria
- valutazione dati biochimici e strumentali

I dati relativi al monitoraggio sono documentati anche nella cartella clinica.

c. Valutazione nutrizionale finale

La valutazione nutrizionale finale, preferibilmente in presenza di un familiare/caregiver comprende oltre ai dati già citati nella fase del monitoraggio, alcune rilevazioni di outcomes significativi quali: conoscenze alimentari acquisite durante il trattamento, modifiche del comportamento alimentare messe in atto, modifiche dell'introito di alimenti o nutrienti, miglioramento dello stato nutrizionale, qualità della vita. I dati relativi alla valutazione nutrizionale finale sono documentati anche nella cartella clinica.

d. Refertazione e lettera di dimissione

Il dietista fornisce al medico la documentazione del percorso nutrizionale effettuato che, insieme a quella degli altri professionisti, sarà integrata nella lettera di dimissione indirizzata al medico curante.

Attivazione continuità assistenziale. A completamento del progetto riabilitativo in nutrizione si rende spesso necessaria l'attivazione di una continuità assistenziale (nutrizione artificiale o supporto nutrizionale per os domiciliare), funzionale al raggiungimento di un stato nutrizionale adeguato.

In Figura 7 è riportata la sintesi del percorso sopra descritto.

Percorso dietistico per cardiopatici a media complessità

Obiettivo specifico

Favorire la modifica del comportamento alimentare allo scopo di ridurre i fattori di rischio correlati alla nutrizione e gestire le eventuali patologie concomitanti.

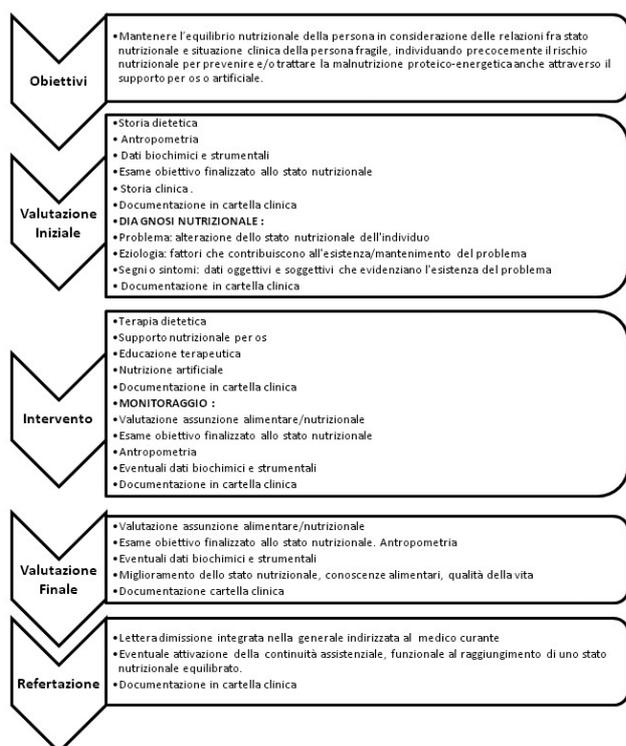


Figura 7. - Sintesi percorso di assistenza dietistica per pazienti cardiopatici fragili e/o ad alta complessità.

a. La Valutazione nutrizionale

I pazienti in riabilitazione cardiologica sono indirizzati alla valutazione del dietista [4, 44, 45, 46] entro 72 ore dall'inizio della riabilitazione cardiologica.

I dati fondamentali da rilevare preferibilmente in presenza di un familiare riguardano:

- a) storia dietetica b) misure antropometriche
- c) dati biochimici, esami strumentali
- d) esame obiettivo finalizzato alla valutazione dello stato nutrizionale
- e) storia del paziente [41, 42].

I dati riguardanti la valutazione nutrizionale sono documentati nella cartella dietetica; nella cartella clinica vengono riportati i dati utili alla gestione integrata del percorso riabilitativo.

La diagnosi nutrizionale. I dietisti documentano la diagnosi nutrizionale anche nella cartella clinica indicando il problema rilevato, l'eziologia e i segni e sintomi individuati.

b. Intervento nutrizionale

Se alla valutazione nutrizionale non si evidenzia la necessità di modificazioni dello stile di vita, il paziente segue il programma di riabilitazione cardiologica senza ulteriori valutazioni nutrizionali individuali. Nel caso contrario Il dietista pianifica e attua l'intervento assistenziale:

- definisce la tipologia di intervento da adottare nel caso specifico (terapia dietetica, educazione terapeutica, counseling nutrizionale);
- cura l'attuazione del percorso di assistenza nutrizionale nei diversi setting (degenza, DH, ambulatorio);
- definisce il piano di monitoraggio e la valutazione.

La pianificazione dell'intervento deve prevedere la definizione dei risultati attesi, dei tempi, della frequenza, della durata dell'assistenza tenendo conto dei bisogni del paziente e delle risorse disponibili.

- Il dietista partecipa all'incontro di educazione terapeutica multidisciplinare di gruppo previsto per tutti i pazienti e i familiari, per:
- affrontare e condividere i problemi rilevati dai pazienti;
- promuoverne la partecipazione attiva e motivarli al cambiamento;
- rinforzare il processo di adozione di abitudini di vita più salutari [44].

I dati relativi all'intervento sono documentati anche nella cartella clinica.

c. Valutazione nutrizionale finale

La valutazione nutrizionale finale preferibilmente, in presenza di un familiare/caregiver, comprende:

- valutazione assunzione alimentare/nutrizionale
- esame obiettivo finalizzato allo stato nutrizionale
- antropometria
- valutazione dati biochimici e strumentali
- valutazione delle conoscenze alimentari acquisite durante il trattamento [47]
- modifiche del comportamento alimentare messe in atto
- modifiche dell'introito di alimenti o nutrienti
- miglioramento dello stato nutrizionale
- qualità della vita.

I dati relativi alla valutazione nutrizionale finale sono documentati anche nella cartella clinica.

d. Refertazione

Lettera dimissione: il dietista fornisce al medico la documentazione del percorso nutrizionale effettuato che insieme a quella degli altri professionisti sarà integrata nella lettera di dimissione indirizzata al medico curante.

Attivazione continuità assistenziale. A completamento del progetto riabilitativo in nutrizione si rende spesso necessario l'attivazione di una rete per la continuità assistenziale, funzionale al raggiungimento e/o al mantenimento del piano nutrizionale concordato.

In Figura 8 è riportata la sintesi del percorso sopra descritto.

Percorso dietistico per cardiopatici a bassa complessità

Obiettivo specifico

Favorire la modifica del comportamento alimentare allo scopo di ridurre i fattori di rischio correlati alla nutrizione.

a. La Valutazione

I pazienti in riabilitazione cardiologica sono indirizzati alla valutazione del dietista [4, 44, 45, 46] entro 72 ore dall'inizio della riabilitazione cardiologica.

I dati fondamentali da rilevare preferibilmente in presenza di un familiare riguardano:

- a) storia dietetica
- b) misure antropometriche
- c) dati biochimici, esami strumentali

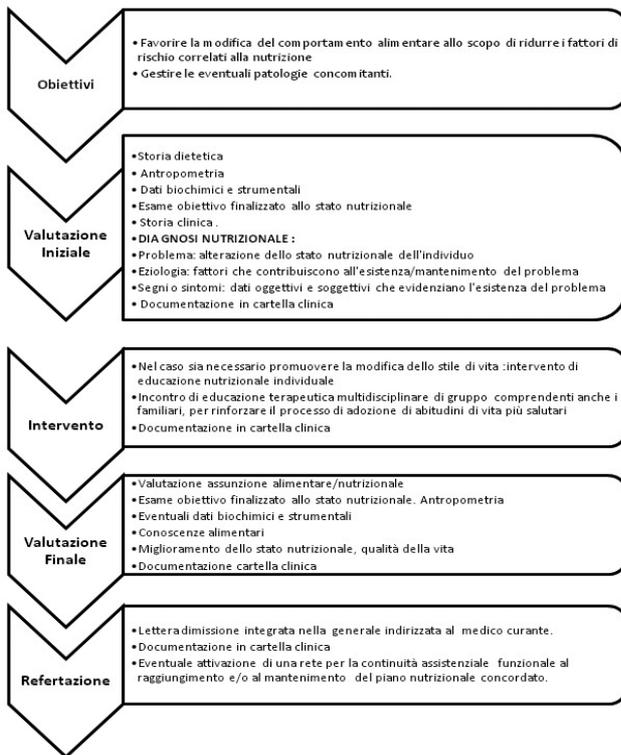


Figura 8. - Sintesi percorso di assistenza dietistica per pazienti cardiopatici a media complessità.

d) esame obiettivo finalizzato alla valutazione dello stato nutrizionale

e) storia del paziente [41, 42].

I dati riguardanti la valutazione nutrizionale sono documentati nella cartella dietetica; nella cartella clinica vengono riportati i dati utili alla gestione integrata del percorso riabilitativo.

La diagnosi nutrizionale I dietisti documentano la diagnosi nutrizionale anche nella cartella clinica indicando il problema rilevato, l'eziologia e i segni e sintomi individuati.

b. Intervento nutrizionale

Se alla valutazione non si evidenzia una diagnosi nutrizionale, il paziente segue il programma di riabilitazione cardiologica senza nessun intervento nutrizionale individuale. Nel caso contrario il dietista attua l'intervento assistenziale:

- definisce la tipologia di intervento da adottare nel caso specifico (terapia dietetica, educazione terapeutica, counseling nutrizionale);

Il dietista partecipa all'incontro di educazione terapeutica multidisciplinare di gruppo previsto per tutti i pazienti e i familiari, per:

- affrontare e condividere i problemi rilevati dai pazienti
- promuoverne la partecipazione attiva e motivarli al cambiamento
- rinforzare il processo di adozione di abitudini di vita più salutari [44].

I dati relativi all'intervento sono documentati anche nella cartella clinica.

c. Valutazione nutrizionale finale

Si ritiene che il tempo medio di permanenza del paziente a bassa complessità in riabilitazione cardio-

logica, nel caso sia necessario promuovere la modifica dello stile di vita, non permetta una valutazione nutrizionale finale. Nel caso verrà attivata una rete per la continuità assistenziale funzionale al raggiungimento e/o al mantenimento del piano nutrizionale concordato.

d. Refertazione

Lettera dimissione: il dietista fornisce al medico la documentazione del percorso nutrizionale effettuato che insieme a quella degli altri professionisti sarà integrata nella lettera di dimissione indirizzata al medico curante.

Attivazione continuità assistenziale. A completamento del progetto riabilitativo in nutrizione si rende spesso necessario l'attivazione di una rete per la continuità assistenziale, funzionale al raggiungimento e/o al mantenimento del piano nutrizionale concordato.

In Figura 9 è riportata la sintesi del percorso sovra descritto.

Indicatori di processo

(in parentesi la percentuale dello standard da garantire)

- La valutazione del rischio nutrizionale è eseguita in tutti i pazienti ad alta complessità (95%).
- I pazienti a rischio nutrizionale sono invitati alla valutazione nutrizionale del dietista (95%).
- la valutazione nutrizionale finale è documentata nelle cartelle cliniche dei pazienti per i quali è stata effettuata la consulenza (100%).

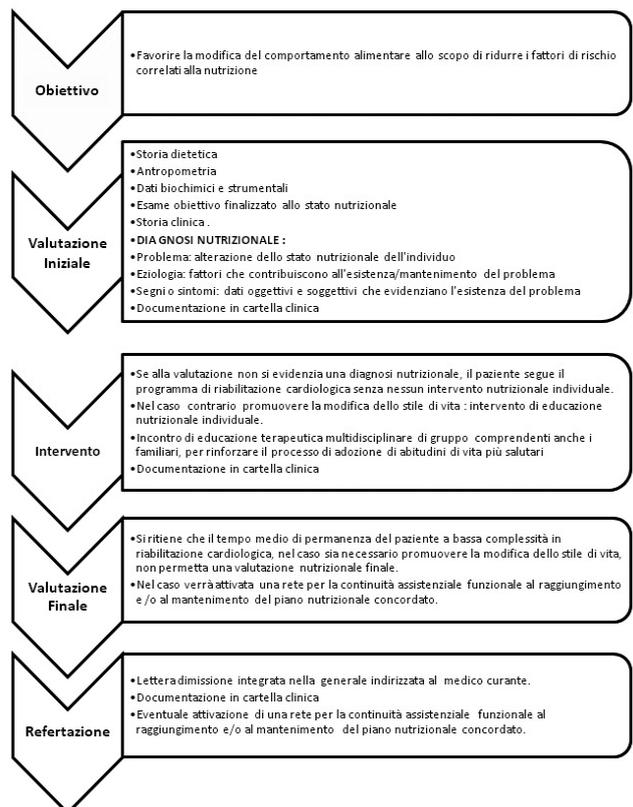


Figura 9. - Sintesi percorso di assistenza dietistica per pazienti cardiopatici a bassa complessità.

Indicatori di esito

(in parentesi la percentuale dello standard da garantire)

- I pazienti a rischio nutrizionale e per i quali il dietista ha elaborato uno specifico intervento nutrizionale hanno raggiunto gli obiettivi a breve termine concordati (come descritto nella fase della valutazione finale) (95%)
- Al termine della riabilitazione cardiologica l'80% dei pazienti valutati con recall delle 24 ore e/o diario alimentare deve aver iniziato a modificare il proprio stile di vita alimentare secondo quanto previsto dagli obiettivi terapeutici concordati.
- Al termine della riabilitazione cardiologica l'80% dei pazienti ha partecipato all'incontro di educazione terapeutica di gruppo con il dietista.

Formazione bibliografica e specifica consigliata

Bibliografia consigliata: si ritiene importante che il dietista che si occupa di CRP conosca i documenti relativi alle più recenti Linee Guida Nazionali ed Internazionali sulla CRP [2, 8], inerenti i requisiti della CPR elaborati da Società Scientifiche accreditate [4], il piano nazionale della riabilitazione in generale e piani regionali [6], la Metodologia NCP (Nutrition Care Process) secondo quanto elaborato da AND, IDNT (International Dietetics and Nutrition Terminology) secondo quanto elaborato da ANDID [41, 42], la POSITION PAPER del dietista nella riabilitazione e prevenzione secondaria [45] e sul Counseling motivazionale [46].

Formazione consigliata: è posizione dell'Associazione Nazionale Dietisti (ANDID) che la formazione universitaria garantisca un'adeguata preparazione teorica e pratica in ambito cardiologico al dietista impegnato nella riabilitazione e prevenzione cardiologica. È opportuno che l'attività di tirocinio pratico sia svolta presso servizi che si occupano di riabilitazione e prevenzione cardiologica con la supervisione di un dietista esperto. È inoltre auspicabile una formazione specifica in tecniche della comunicazione, educazione terapeutica, counseling e/o problem solving [45]. Per quanto attiene alla formazione continua in Medicina, l'ANDID auspica che una parte dei crediti sia ottenuto da eventi relativi alla riabilitazione e alla prevenzione cardiologica [45].

Percorsi psicologici

La progressiva riduzione delle risorse economiche a disposizione del nostro sistema sanitario richiede a tutti i professionisti della salute l'utilizzo di metodologie di provata efficacia rispetto al setting clinico. Un intervento risulta appropriato nella misura in cui è efficace e sostenibile sotto il profilo delle risorse disponibili. Nell'anno 2007, il governo inglese, ha approvato il Programma IAPT "Improving Access to Psychological Therapies" [48], con uno stanziamento di 400 milioni di euro per favorire la diffusione negli Enti Pubblici della psicoterapia evidence based cognitivo-comportamentale [49]. Questo programma è caratterizzato da tre livelli d'intervento di cui il primo è relativo alla valutazione psicologica;

il secondo agli interventi psicosociali e il terzo alle psicoterapie. L'applicazione del modello IAPT ha confermato la sua appropriatezza, efficacia ed efficienza sia a livello organizzativo che per il contenimento dei costi [50] e la sua efficacia clinica ha trovato conferme anche in studi molto recenti [51, 52]. Nel 2011 inoltre sono state pubblicate le Linee Guida NICE [53] per il trattamento psicologico dei Disturbi d'Ansia e della Depressione, che forniscono raccomandazioni per interventi psicologici di bassa ed alta intensità. L'applicazione del Modello IAPT alla CRP delinea le seguenti fasi di intervento psicologico: a) interventi mirati a condurre una valutazione psicologica; (b) interventi di tipo psicosociale che si possono svolgere congiuntamente al team, (c) interventi psicologici di supporto e psicoterapia. Il Modello IAPT raccomanda la valutazione routinaria degli esiti degli interventi psicologici sia di secondo che terzo livello [51].

In questo documento dedicato alla CRP le prestazioni psicologiche sono descritte a seconda delle diverse fasi in cui l'utente (paziente e/o caregiver) entrano in contatto con le attività dello psicologo [2, 54]. Per ciascuna fase sono descritte le attività svolte, con particolare attenzione agli aspetti connessi all'appropriatezza e alla correttezza di esecuzione degli interventi professionali sia sotto il profilo clinico che delle risorse organizzative presenti.

Obiettivi specifici

Le attività svolte dallo psicologo-psicoterapeuta in CRP sono finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi [2, 54]:

- valutazione ed eventuale monitoraggio dello stato emotivo e del supporto familiare
- ottimizzazione della consapevolezza e dell'accettazione di malattia
- identificazione e correzione di fattori di rischio comportamentali e/o psico-sociali
- promozione dell'aderenza al programma terapeutico a medio e lungo termine
- facilitazione del reinserimento lavorativo, familiare, sociale.

a. Valutazione iniziale

È ormai consolidato che una valutazione psicologica debba indagare oltre al tono dell'umore, ansia e caratteristiche disadattive della personalità [55] anche i costrutti "positivi", come il benessere psicologico, l'adattamento, le capacità di coping, l'autostima e l'autoefficacia. Nell'ambito cardiologico gli studi meta-analitici e le linee guida raccomandano di indagare sempre, come criterio di minima, la presenza di ansia e depressione [2, 8, 54, 56, 57, 58]. Sotto il profilo operativo per garantire equità ed appropriatezza dell'invio dei pazienti alla valutazione psicologica è importante definirne le modalità ed i criteri connessi alla selezione del paziente e/o caregiver.

La fase di selezione, dà il via alla presa in carico dell'utente in CRP.

Proposta per i criteri di selezione a seconda delle risorse organizzative (presenza di almeno una delle seguenti condizioni/manifestazioni):

- distress emotivo in atto intenso e pervasivo (rilevabile attraverso indicatori comportamentali caratterizzati da: labilità emotiva, manifestazioni di umore depresso, recente lutto, ritiro sociale, disturbi del sonno, stato di ansia, agitazione e angoscia protratta che pervade la maggior parte della giornata)
- indicatori di non consapevolezza di malattia e di non adeguata aderenza alle prescrizioni (rilevabile attraverso indicatori comportamentali caratterizzati da: non rispetto delle consegne date, ripetute richieste di dimissioni, paziente che si comporta come se l'evento malattia non lo riguardasse e presenza di fattori di rischio a componente comportamentale quali dipendenze da fumo/alcol/droghe, alimentazione sregolata, scarsa motivazione al programma di riabilitazione fisioterapia)
- scarso o inadeguato supporto socio-familiare (rilevabile attraverso indicatori comportamentali caratterizzati da: stato socio-economico basso, stato di disoccupazione lavorativa, mancanza di persone care che vengono a trovare/accompagnare il paziente, paziente che vive solo e non ha supporto per esempio per quanto concerne cambio biancheria, necessità quotidiane o per converso caregiver eccessivamente presenti, iperprotettivi e che divengono, a parere del team, disfunzionali per il benessere del paziente)
- indicatori di deficit cognitivi da indagare (rilevabile attraverso indicatori comportamentali caratterizzati da: perplessità ed incertezza nel fornire risposte a quesiti posti, ad orientarsi nel reparto o nel tempo, dimenticanza di informazioni date che possono essere ripetutamente richieste).

Qualora le risorse organizzative lo consentano dovrebbero essere inviati ad una valutazione psicologica:

- tutti i pazienti il cui quadro cardiologico si assecondi, secondo le evidenze scientifiche e la pratica clinica [2, 8, 54], ad una alta problematicità psicologica caratterizzata da depressione, ansia, stile di vita marcatamente a rischio, scarso supporto sociale e bassa consapevolezza di malattia (Tabella 3).
- tutti i pazienti con psicopatologia pregressa in anamnesi.

Proposta per le modalità di selezione: (almeno una delle seguenti due opzioni):

- richiesta del cardiologo/paziente/caregiver in base ai criteri di selezione sovra-descritti
- riunione di team (quotidiana, settimanale)

Qualora le risorse organizzative lo consentano:

- scheda infermieristica concordata con team appositamente formato al suo utilizzo [59]
- giro visita con il medico e/o dello psicologo

La fase d'ingresso riguarda il momento in cui l'utente, già selezionato per effettuare la valutazione psicologica, stabilisce il primo contatto con lo psicologo.

Proposta per la fase di ingresso alla valutazione psicologica:

- il paziente deve essere informato dal personale di reparto (cardiologo o infermiere) che a breve avverrà un incontro con lo psicologo

Qualora le risorse organizzative lo consentano:

- colloquio di accoglienza fatto dallo psicologo
- lettera di accoglienza e/o consegna di un programma predefinito che può essere consegnata al paziente anche dal personale infermieristico
- avvisi nelle bacheche di reparto che indichino ai pazienti orari e luoghi dell'attività psicologica.

In generale la fase di valutazione psicologica in CRP ha come obiettivo l'individuazione dei bisogni di cura del paziente e si esplica attraverso l'indagine dei seguenti aspetti, cercando di individuare per ciascuno di essi risorse e limiti [60, 61]:

- marcato distress emotivo in atto (ansia, depressione, rabbia, negazione). Qualora presente è consigliabile l'approfondimento sulle caratteristiche psicologiche di tratto
- storia, conoscenza, percezione di malattia, aspettative di recupero funzionale
- supporto familiare
- motivazione al trattamento riabilitativo, all'aderenza alle prescrizioni a lungo termine e al cambiamento dello stile di vita
- funzionamento cognitivo in caso di criticità segnalate dal team, dal caregiver e/o dal paziente stesso
- risorse interne (es. ottimismo, autoefficacia, locus of control) ed esterne (es. vita sociale, attività di svago).

Metodologie e strumenti utilizzabili nella fase di valutazione. Il colloquio psicologico costituisce lo strumento cardine per la valutazione del disagio psicologico ed il criterio essenziale per la validazione dei risultati ottenuti ai test che come noto, talvolta possono fornire risultati erronei quali i falsi positivi (quando il punteggio ottenuto al test individua criticità che non si confermano al colloquio) ed i falsi negativi (quando il punteggio ottenuto al test non individua problematiche oggettivamente presenti). Va tuttavia ribadito che una testistica costituita da strumenti appropriati al setting ed in possesso dei fondamentali requisiti psicometrici di validità, fedeltà e sensibilità, contribuisce a ridurre l'autoreferenzialità diagnostica, così come raccomandato dall'American Psychological Association [55]. Altri requisiti necessari per la testistica in CRP sono la brevità, la facilità di somministrazione, di scoring e di interpretazione, la disponibilità di dati normativi sia per la popolazione normale che per gruppi clinici e la capacità di discriminare tra soggetti normali e clinici. Nel decidere quali siano e gli strumenti migliori da usare va preso in considerazione un fattore molto importante che è quello di stabilire quanto e come le informazioni ottenute possano divenire una sorta di valore aggiunto fruibile nell'attività clinica giornaliera per orientare le decisioni da prendere nei confronti dei pazienti. La scelta delle diverse modalità di intervento va calibrata anche e soprattutto in base alla durata del ricovero.

Proposta per la fase di valutazione psicologica:

- colloquio psicologico con paziente
- colloquio con caregiver

Se le risorse cliniche del paziente ed organizzative lo consentono, è consigliabile associare al colloquio, uno screening psicometrico per il quale si raccomandano:

- l'utilizzo di strumenti psicometrici validati
- un corretto setting di somministrazione al fine di ridurre al minimo l'incidenza di risultati inaffidabili (falsi positivi e falsi negativi).

In particolare per lo screening psicometrico del distress emotivo in termini di ansia e depressione in atto, si suggerisce l'utilizzo di almeno uno dei seguenti strumenti per la misurazione dello stato psicologico:

attuale

- HADS [62] o AD-R [63] per la misura dell'ansia e depressione
- QD-R [64] per la valutazione della depressione

dell'ultima settimana

- CORE-OM che è lo strumento adottato nel Modello IAPT [65], validato nel contesto italiano [66] ed ampiamente utilizzato per la valutazione degli esiti degli interventi psicologi. Esso è costituito da 32 item che misurano il benessere, i sintomi, il funzionamento, il rischio auto-eterolesivo. È inoltre calcolabile un punteggio complessivo di cui si dispongono ampie normative di riferimento.

degli ultimi 15 giorni

- CBA-VE [67] costituito da 80 item che misurano ansia, depressione, benessere, sintomi, cambiamento
- FATTORE C [68] costituito da 11 item che misurano il cambiamento esperito nella propria capacità di affrontare i problemi ed il supporto percepito attorno a sé.

Per lo screening psicometrico del funzionamento cognitivo si consiglia:

- MMSE [69, 70].

Nel caso si ottenga un punteggio critico o dubbio si consiglia l'approfondimento neuropsicologico di primo livello da svolgersi con la Batteria Esame Neuropsicologico Breve ENB-2 [71].

Per lo screening psicometrico dei comportamenti a rischio, della consapevolezza di malattia e dei livelli di aderenza si consigliano:

- per il tabagismo: Il Fagerstrom Questionnaire [72] che valuta la dipendenza tabagica. Si raccomanda sempre di valutare anche la motivazione a smettere o a mantenersi astinenti [73, 74]. La misurazione della dipendenza e della motivazione costituiscono due componenti basilari per l'identificazione dell'intervento più appropriato per la cessazione del fumo [74]
- per aderenza, comportamenti a rischio e consapevolezza di malattia: schede opportunamente messe a punto che valutino i livelli di aderenza alle prescrizioni cliniche [75], i livelli di conoscenza e rappresentazione della malattia [76, 77].

Se indicato dallo screening svolto e se le risorse organizzative lo consentono devono essere garantiti gli opportuni approfondimenti psicodiagnostici generalmente svolti in CRP [55] con gli strumenti:

- CBA-H [78] o CBA-2.0 [79] o SCL-90 [80] ed in casi molto specifici il Questionario MMPI-2 [81].

In caso di difficoltà organizzative, tali valutazioni di approfondimento potranno essere rimandati, previo consenso del paziente, ai Servizi Territoriali di riferimento.

Indicazione operativa: se a conclusione della valutazione non si ritiene opportuno procedere oltre, si passa direttamente alla Fase 4, dedicata alla Refertazione. Ciò può avvenire sia per ragioni cliniche che per esigenze organizzative (es. in caso di degenze e/o interventi ambulatoriali molto brevi). In tal caso, previo consenso del paziente, si potrà concordare l'invio ai Servizi Territoriali di competenza.

b. Intervento psicologico

La fase di attuazione dell'intervento psicologico in CRP [54] prevede la messa in atto di una serie di azioni, alcune delle quali attuate in collaborazione con il team (riunioni di equipe, interventi educazionali e motivazionali di gruppo) e altre specifiche dello psicoterapeuta. Entrambi i livelli d'intervento sono finalizzati alla soddisfazione dei bisogni del paziente (e/o del caregiver) identificati nella precedente fase di valutazione. La scelta delle diverse modalità di intervento va calibrata anche e soprattutto in base alla durata del ricovero.

Interventi psicosociali Essi fanno parte degli interventi psicologici che possono essere svolti e/o concordati con gli altri professionisti del team. L'evidenza based in CRP degli interventi educazionali e di counseling è ben documentata dalle Linee Guida [2, 8, 54, 82, 83]. Tali interventi possono essere rivolti:

- al paziente;
- al caregiver;
- ad entrambi.

Va ricordato in questo contesto che l'interdisciplinarietà permette di valorizzare la specificità di ogni ruolo professionale e di configurare una sinergia collaborativa propria della CRP, necessaria per gestire la complessità clinica e psicologica dei pazienti cardiopatici post-acuti e cronici a lungo termine.

Sono inseribili tra gli interventi di secondo livello anche la formazione ed il sostegno emotivo agli operatori del team.

Interventi psicologici. Plurime sono le evidenze che documentano come gli interventi psicologici producano benefici che superano nettamente i costi di coloro che ne hanno bisogno ma non la ricevono [84, 85]. Gli interventi psicologici hanno come obiettivo non solo la riduzione della sintomatologia e del malessere, ma anche l'aumento del benessere e dell'autoefficacia, il miglioramento del funzionamento personale e del coping, la percezione di cambiamento positivo e di ricevere sostegno dagli altri. I risultati della psicoterapia cognitivo-comportamentale nell'ambito delle patologie somatiche e della salute mentale indicano che essa è in grado di fornire un effettivo miglioramento dei sintomi e che costituisce un trattamento costo-beneficio nel ridurre le spese mediche e l'utilizzo dei servizi sanitari [86]. Gli interventi psicologici, mirati ad intervenire sulle aree problematiche, indicate nella Tabella 3, possono avvalersi di tecniche specifiche e riguardare contenuti di natura diversa [5, 87, 88].

Alcuni di questi aspetti psicologici possono assumere una rilevanza psichiatrica e richiedere, per una corretta gestione, consulenza specifica. Tra i più comuni: depressione clinicamente rilevante,

Tabella 3. - Aree problematiche su cui si focalizza l'intervento psicologico

Area emotiva	Depressione	Ansia	Distress emotivo	Aspetti alelessitimici
Area comportamentale	Consumo di sostanze (tabagismo, alcool, droghe, sostanze psicoattive)	Abitudini alimentari scorrette	Sedentarietà	Scarsa aderenza alle prescrizioni
Area cognitiva	Scarse conoscenze della malattia e dei fattori di rischio	Difficoltà di elaborazione/percezione di malattia	Difficoltà di accettazione della malattia	Deficit cognitivi
Area relazionale/familiare e sociale	Problematiche relazionali	Problematiche inerenti l'attività lavorativa	Problematiche sociali	Supporto socio-familiare carente o non soddisfacente

Tabella 4. - Fattori protettivi di cui tener conto sia per l'intervento psicologico che per il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

Area emotiva	Ottimismo	Riconoscimento e gestione delle reazioni emotive	Stabilità emotiva	Strategie attive di "focus problem"
Area comportamentale	Stile di vita improntato al mantenimento della salute	Aderenza ai trattamenti farmacologici	Competenze assertive	Comportamenti finalizzati a "Problem-solver"
Area cognitiva	Risorse cognitive e culturali Resilienza	Conoscenza della malattia e dei fattori di rischio associati	Internal Locus of control Autoefficacia	Utilizzo del problem-solving
Area relazionale/familiare e sociale	Supporto-rete familiare di riferimento	Supporto-rete sociale di riferimento	Attività lavorativa adeguata	Adeguate contesto socio-economico

idee di suicidio, gravi disturbi del sonno, disturbi comportamentali e dipendenza da sostanze. L'intervento psicologico, come già in precedenza sottolineato, è finalizzato anche alla rilevazione di risorse e aspetti positivi associati alla malattia che aiutano il paziente sia nell'adattamento psicologico alla malattia stessa che nella gestione quotidiana del processo di cura. In Tabella 4 sono riportate le risorse e/o i fattori protettivi emersi da ricerche su pazienti affetti da cardiopatia e/o malattie croniche [89, 90, 91] ed in Figura 10 sono riportate le barriere e le risorse che intervengono sulla salute cardiovascolare.

L'offerta per l'attuazione di un supporto psicologico può prevedere da due a tre colloqui psicologici al paziente e/o ai familiari. Se le risorse organizzative lo consentono e qualora indicato dai risultati scaturiti dalla valutazione si consigliano psicoterapie brevi per il trattamento dell'ansia, depressione [53] e gestione dello stress [92, 93].

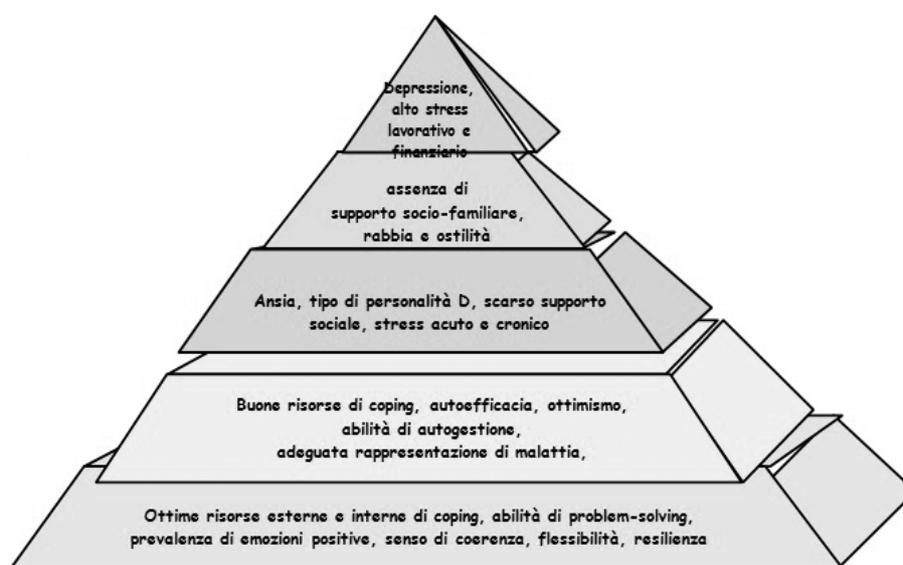


Figura 10. - La piramide della salute psico-cardiologica (di Marinella Sommaruga).

c. Valutazione finale

Al termine dell'intervento psicologico, qualora sia stato svolto, è buona prassi misurare i risultati ottenuti dall'intervento svolto con almeno una delle seguenti opzioni:

- una valutazione clinica (colloquio)
- il retest, relativo allo stato psicologico, effettuato nella valutazione iniziale.

Alcuni strumenti psicometrici, fra quelli precedentemente citati, i CORE-OM [66], CBA-VE [67], sono stati specificamente costruiti per verificare e documentare l'efficacia nella pratica ("effectiveness") dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici svolti in ambiti prevalentemente ambulatoriali, mentre altri strumenti fra cui HADS [62], AD-R [63], QD-R [64] e Fattore C [68] hanno avuto un utilizzo prevalente negli ambiti ospedalieri e degenziali.

Le modalità attraverso cui esaminare i risultati d'esito, ottenuti con retest psicometrico, sul singolo paziente, consentono di effettuare una:

- valutazione clinica atta ad evidenziare la presenza di una eventuale riduzione sintomatica, magari minima e non sufficiente a garantire il rientro nel range funzionale (talvolta un piccolo cambiamento può significare stare molto meglio) o nessuna o minima riduzione sintomatica che tuttavia può rilevare una interruzione del deterioramento;
- valutazione statistica che attraverso il confronto fra il punteggio iniziale e finale con l'utilizzo dell'Indice di Cambiamento Affidabile (RCI) [94] consente di verificare se l'ampiezza del cambiamento sia statisticamente affidabile o dovuta al caso.

Indicazione operativa: le conclusioni della valutazione e dell'eventuale intervento programmato dovranno essere comunicate e discusse con il team, nel rispetto della Privacy e del Segreto Professionale, così come richiesto dal Codice Deontologico degli Psicologi [95].

d. Refertazione

Nella fase di chiusura, che spesso si identifica anche con quella di refertazione e/o rilevazione di dati di outcome, lo psicologo verifica se i bisogni di cura del paziente sono stati soddisfatti e se ci sono le condizioni per cui il paziente necessita di un programma di continuità della cura. La refertazione psicologica costituisce documento legale dell'attività dello psicologo e deve essere depositato in cartella psicologica e medica con la descrizione del percorso psicologico del paziente, delle prestazioni effettuate, del risultato perseguito ed l'eventuale invio ai Servizi Territoriali. Si precisa inoltre che il materiale testistico e il diario clinico psicologico, con eventuali dati sensibili, fanno parte esclusivamente della Cartella clinica psicologica.

La buona prassi della refertazione psicologica. Il DPR n 128 del 27.3.69, la Circolare Ministeriale 19.12.1986, il DPCM 27 giugno 1986, la sentenza della Corte di Cassazione Penale - Sez Un 27 marzo 1992, che sono relativi alla responsabilità, conservazione, leggibilità della Cartella Clinica e rintracciabilità dei referti i cui requisiti sono riconosciuti propri dell'atto pubblico (art. 476 e 479 CP, ex art. 326 CP), il DM 21 gennaio 1994 che definisce come gli psicologi esercitino a tutti gli effetti una professione sanitaria, gli articoli del Codice Deontologico degli Psicologi (art. 7, 11, 24, 25), e la Legge 675/1996 che definiscono le responsabilità verso i dati sensibili, indicano come le prestazioni psicolo-

giche debbano sempre essere tradotte in un prodotto scritto [96].

Nella lettera di dimissioni del medico può essere incluso il referto integrale (se possibile attraverso la refertazione elettronica) o parziale (parte del referto o conclusioni). Il referto stesso deve essere considerato un indicatore di processo. Nella Tabella 5 vengono riportati alcuni elementi del referto raccomandati dall'area Psicologi GICR-IACPR ed in Tabella 6 i Codici Ministeriali che descrivono le procedure psicologiche utilizzate.

Nei percorsi di seguito descritti gli strumenti di valutazione e la metodologia di intervento sono simili, mentre gli obiettivi e le aree di intervento sono diversificati in base alle criticità connesse alla tipologia del paziente. Il primo e il secondo percorso sono stati pensati per pazienti in degenza ordinaria; il terzo percorso può essere declinato sia in

Tabella 5. - Elementi specifici per la refertazione psicologica

ELEMENTI DEL REFERTO PSICOLOGICO

Tipo di richiesta

Medico
Paziente
Familiare

Indicatori di qualità

Punteggi di valutazioni testistiche psicologiche e/o neuropsicologiche, se possibile pre-post (soprattutto ansia-depressione-QdV)= indicatore di esito

Tabella con codice delle procedure di partecipazione all'attività psicologica (vedi Allegato1)

Contenuti psico-sociali

- dati anagrafici paziente
- UO di provenienza
- prestazioni psicologiche eseguite (codici)
- data
- valutazione tono dell'umore, stabilità emotiva, livello di ansia (da colloquio o test)
- eventuali problematiche psico/sociali attuali e pregresse
- eventuale consulenza psichiatrica
- valutazione consapevolezza, accettazione e abilità di gestione della malattia
- valutazione stile di vita pregresso ed eventuali indicazioni su fattori di rischio comportamentali
- informazioni su supporto socio-familiare
- informazioni su pregressa aderenza a terapie e motivazione al trattamento riabilitativo/psicologico
- risorse/barriere personali e sociali
- descrizione attività psicologiche effettuate durante la degenza con il paziente e/o il caregiver
- eventuale invio per prosecuzione trattamento psicologico
- eventuale segnalazione o avvio presa in carico ai servizi sociali

Tabella 6

SCHEDA INDIVIDUALE PER LA CODIFICA DELLE ATTIVITÀ PSICOLOGICHE SVOLTE

di:..... **REPARTO:**.....:

Codice ministeriale	Descrizione procedure psicologiche	N. Procedure	Data	Durata dell'attività psicologica (espressa in minuti)
94.09	Colloquio psicologico clinico			
94.08.3	Profilo di personalità/profilo psicologico di base Schede di ansia e depressione Questionari specifici per patologia Questionari qualità della vita			
94.08.6	Test di valutazione del carico familiare e delle strategie di coping			
94.01.1	Somministrazione di test di intelligenza			
94.01.2	Somministrazione di test di deterioramento o sviluppo intellettivo			
94.08.2	Somministrazione di test delle abilità visuo-spaziali Batteria di valutazione dell'eminattenzione spaziale			
94.08.1	Somministrazione di test delle funzioni esecutive			
94.02.1	Somministrazione di test della memoria			
94.3	Psicoterapia individuale Psicoterapia individuale (psicoterapia verbale di supporto) Counseling con paziente			
94.42	Psicoterapia familiare Counseling con familiari del paziente			
93.89.2	Training per disturbi cognitivi - Sedute individuali			
93.89.3	Training per disturbi cognitivi - Sedute di gruppo			
94.44	Psicoterapia di gruppo Psicoterapia di gruppo (incontri psicoeducazionali: fumo, comportamento alimentare, familiari dei pazienti) Psicoterapia di gruppo (training di rilassamento) Psicoterapia di gruppo (stress management)			

*Scheda tratta da allegato 3 del Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 contenente l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e le relative tariffe
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1767&area=programmazioneSanitariaLea&menu=le

degenza ordinaria che in regime ambulatoriale. Ogni contatto dello psicologo con il paziente/caregiver può contenere elementi relativi sia alla valutazione che all'intervento a seconda degli obiettivi previsti. Si intenda il percorso psicologico in CRP come un continuum che va dalla selezione all'intervento passando per la valutazione dei bisogni, che possono variare nel corso della degenza e modificare la programmazione di intervento prevista. Il percorso psicologico in CR si declina inoltre nei

diversi momenti di vita ospedaliera del paziente e non sempre ha un setting definito, per quanto si intenda rispettare la privacy dei pazienti considerata la sensibilità e delicatezza dei temi presi in considerazione. La tempistica relativa alle procedure risente delle risorse del paziente, dei tempi di ospedalizzazione e della disponibilità di tempo dello psicologo inserito in CR, definita in base a protocolli clinici e scientifici e in linea con il contratto di lavoro.

Percorso psicologico per pazienti fragili e/o ad alta complessità

Obiettivi specifici

Valutazione dei bisogni di cura del paziente (e/o caregiver) e delle criticità specifiche connesse al raggiungimento del massimo livello di autonomia personale/sociale e psicologica.

a. Valutazione

Valutazione stato emotivo e percezione di malattia con almeno una delle seguenti opzioni:

- screening testistico psicologico
- colloquio psicologico
- colloquio con i caregiver

Valutazione criticità connesse all'area cognitiva con almeno una delle seguenti opzioni:

- screening testistico neuropsicologico
- valutazione qualitativa: orientamento personale, spazio-temporale, consapevolezza di malattia
- colloquio con i caregiver

Valutazione criticità connesse al supporto percepito con almeno una delle seguenti opzioni:

- anamnesi/valutazione qualitativa: rete socio-familiare di riferimento e percezione del supporto.
- colloquio con i caregiver

b. Intervento psicologico

Opzioni intervento (da considerarsi MC l'attuazione di almeno una delle seguenti opzioni, a seconda della situazione clinica ed organizzativa):

- supporto psicologico individuale
- supporto caregiver
- individuazione di strategie di gestione e cura del paziente in sinergia con il team per i pazienti con deficit cognitivi, problematiche sociali e temi di fine vita

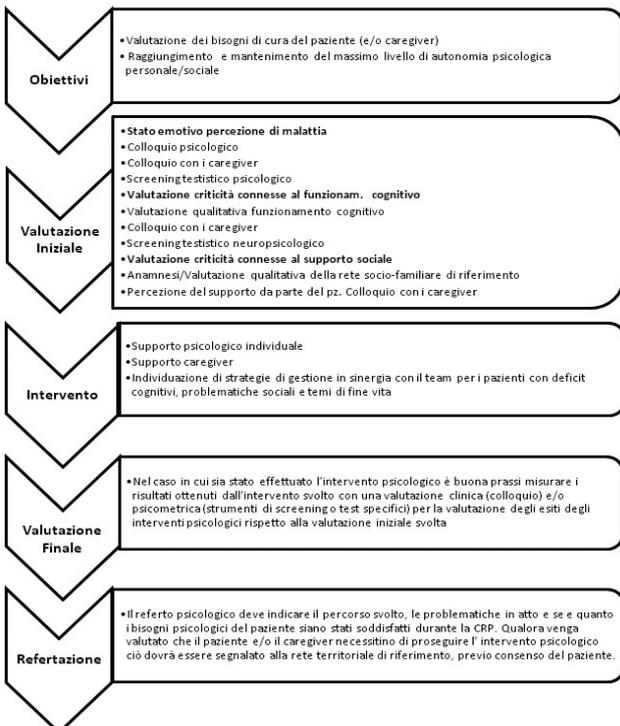


Figura 11. - Sintesi percorso di assistenza psicologica per pazienti cardiopatici fragili e/o ad alta complessità.

c. Valutazione finale

Al termine dell'intervento psicologico, qualora svolto, è buona prassi misurare i risultati ottenuti dall'intervento svolto con una valutazione clinica (colloquio) e/o psicometrica attraverso gli strumenti di screening per la valutazione degli esiti degli interventi psicologici e/o con retest psicometrico rispetto alla valutazione iniziale svolta.

d. Refertazione

Il referto psicologico deve indicare il percorso svolto, le problematiche in atto e se e quanto i bisogni psicologici del paziente siano stati soddisfatti durante la CRP. Qualora venga valutato che il paziente e/o il caregiver necessitano di proseguire l'intervento psicologico ciò dovrà essere segnalato alla rete territoriale di riferimento, previo consenso del paziente.

In Figura 11 sono sintetizzate le fasi del percorso psicologico rivolte ai cardiopatici fragili e/o ad alta complessità.

Percorso psicologico per cardiopatici a media complessità

Obiettivi specifici

Valutazione dei bisogni di cura del paziente (e/o caregiver) e delle criticità specifiche connesse, modificazione comportamenti a rischio per la salute, correzione percezione inadeguata di malattia, motivazione all'aderenza a medio-lungo termine e adattamento alla complessità delle condizioni cliniche.

a. Valutazione

Valutazione stato emotivo e percezione di malattia con almeno una delle seguenti opzioni:

- colloquio psicologico
- screening psicometrico

Valutazione criticità connesse all'area cognitiva con almeno una delle seguenti opzioni:

- valutazione neuropsicologica testistica
- colloquio psicologico

Valutazione criticità connesse allo stile di vita e all'aderenza alle prescrizioni cliniche (fumo, stress, ect.) con almeno una delle seguenti opzioni:

- colloquio psicologico
- test specifici

Valutazione criticità connesse al supporto percepito con almeno una delle seguenti opzioni:

- colloquio psicologico
- colloquio con i caregiver

b. Intervento psicologico

Opzioni intervento (almeno una delle seguenti opzioni, a seconda della situazione clinica ed organizzativa):

- colloqui di supporto/motivazionali/educazionali o psicoterapeutici specifici
- interventi di gruppo psicoeducazionali
- intervento psicologico rivolto ai caregiver

c. Valutazione finale

Al termine dell'intervento psicologico, qualora svolto, è buona prassi misurare i risultati ottenuti dall'intervento svolto con una valutazione clinica

(colloquio) e/o psicometrica attraverso gli strumenti di screening per la valutazione degli esiti degli interventi psicologici e/o con retest psicometrico rispetto alla valutazione iniziale svolta.

d. Refertazione

Il referto psicologico deve indicare il percorso svolto, le problematiche in atto e se e quanto i bisogni psicologici del paziente siano stati soddisfatti durante la CRP. Qualora venga valutato che il paziente e/o il caregiver necessitano di proseguire l'intervento psicologico ciò dovrà essere segnalato alla rete territoriale di riferimento, previo consenso del paziente.

In Figura 12 sono sintetizzate le fasi del percorso psicologico rivolte ai cardiopatici a media complessità.

Percorso psicologico Minimal Care per cardiopatici a bassa complessità

Obiettivi specifici

Valutazione dei bisogni di cura del paziente (e/o caregiver) e delle criticità specifiche connesse, modificazione comportamenti a rischio per la salute, correzione percezione inadeguata di malattia e motivazione all'aderenza a medio-lungo termine.

a. Valutazione

Valutazione stato emotivo e percezione di malattia con almeno una delle seguenti opzioni:

- screening testistico psicologico
- colloquio psicologico

Valutazione criticità connesse all'area cognitiva con almeno una delle seguenti opzioni:

- screening testistico neuropsicologico
- colloquio psicologico

Valutazione criticità connesse allo stile di vita e all'aderenza alle prescrizioni cliniche con almeno una delle seguenti opzioni:

- screening psicometrico
- colloquio psicologico

b. Intervento psicologico

Opzioni intervento (almeno una delle seguenti opzioni, a seconda della situazione clinica ed organizzativa):

- interventi di supporto/motivazionali/educazionali
- interventi di gruppo psicoeducazionali
- intervento psicologico rivolto ai caregiver.

c. Valutazione finale

Al termine dell'intervento psicologico, qualora svolto, è buona prassi misurare i risultati ottenuti dall'intervento svolto con una valutazione clinica (colloquio) e/o psicometrica attraverso gli strumenti di screening per la valutazione degli esiti degli interventi psicologici e/o con retest psicometrico rispetto alla valutazione iniziale svolta

d. Refertazione

Il referto psicologico deve indicare il percorso svolto, le problematiche in atto e se e quanto i bisogni psicologici del paziente siano stati soddisfatti durante la CRP. Qualora venga valutato che il paziente e/o il caregiver necessitano di proseguire l'intervento psicologico ciò dovrà essere segnalato alla rete territoriale di riferimento, previo consenso del paziente.

In Figura 13 sono sintetizzate le fasi del percorso psicologico rivolte ai cardiopatici a bassa complessità.

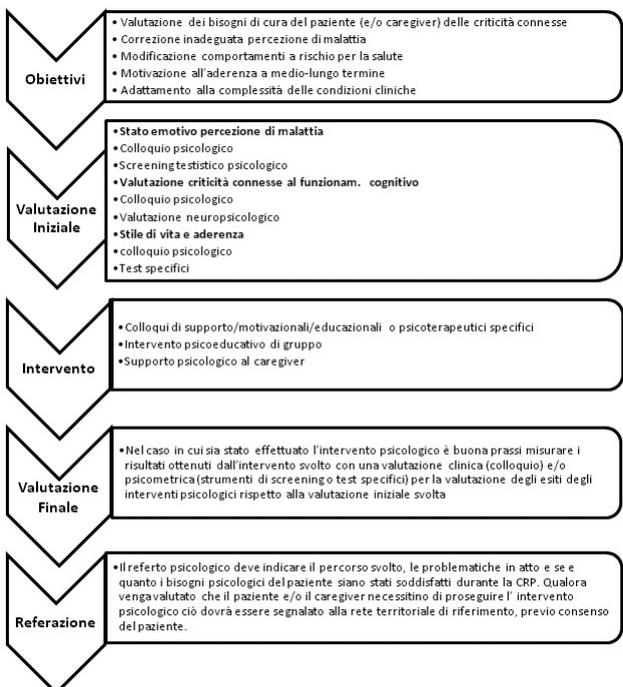


Figura 12. - Sintesi percorso di assistenza psicologica per pazienti cardiopatici a media complessità.

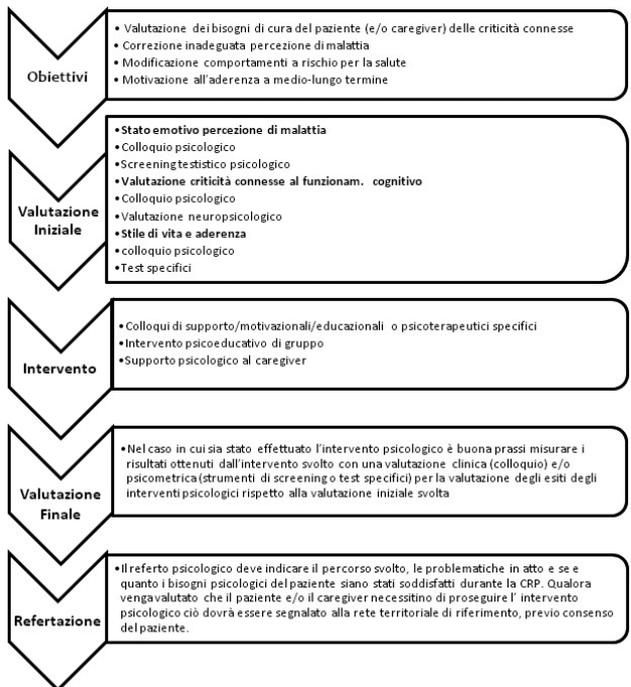


Figura 13. - Sintesi percorso di assistenza psicologica per pazienti cardiopatici a bassa complessità.

Indicatori di processo
(in parentesi la percentuale dello standard da garantire)

- refertazione finale in cartella clinica con descrizione dell'intervento svolto (100%).
- segnalazione all'assistenza sociale o psichiatrica o invio ad intervento psicologico territoriale qualora necessario (100%).

Indicatori di esito
(in parentesi la percentuale dello standard da garantire)

- soddisfazione del paziente circa le prestazioni psicologiche di cui ha usufruito se misurata es. con Scala Analogica VAS (75%).
- miglioramento fra valutazione psicologica all'ingresso e alle dimissioni e/o mantenimento di un adeguato stato di benessere psicologico (75%).

Bibliografia consigliata: si ritiene essenziale che lo psicologo-psicoterapeuta dedicato alla CRP conosca la documentazione relativa alle Linee Guida Nazionali sull'intervento psicologico in CRP [54], le Linee Guida Internazionali sulla CRP [8] e le Linee di Indirizzo Nazionali sulla Riabilitazione [2].

Riassunto

La Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (CRP) si configura come intervento di prevenzione e cura per "guadagnare salute", attraverso un processo di cura multifattoriale atto a ridurre la disabilità e il rischio di successivi eventi cardiovascolari, che si avvale di un team interdisciplinare, in cui ciascun professionista necessita di disporre di più percorsi d'intervento a causa dei differenti livelli di complessità clinica e funzionale dei pazienti cardiopatici che attualmente accedono all'intervento riabilitativo. Il documento fa riferimento all'utilizzo di interventi di infermieri, fisioterapisti, dietisti e psicologi facenti parte del team riabilitativo di CRP, di cui siano state documentate, a livello scientifico e nella pratica clinica, l'efficacia empirica ed efficienza organizzativa.

L'impianto metodologico del presente documento costituisce un primo tentativo per definire, attraverso il modello del consensus, gli standard di minima per una CRP evidence based caratterizzata da criteri chiari e definiti utilizzabili dagli operatori del team. Nel documento vengono descritte le attività da svolgersi in ciascuna delle fasi inserite nei percorsi di cura da parte degli infermieri, fisioterapisti, dietisti e psicologi. I percorsi individuati sono stati suddivisi, in base alla tipologia di pazienti che accedono alla CRP, in elevata, media e bassa complessità e alle fasi di cura comprensive della valutazione iniziale, intervento, valutazione finale e refertazione. Vengono fornite delle esemplificazioni sui modelli di refertazione utilizzabili dagli operatori del team secondo i principi della buona pratica clinica. Ciò per consentire la rintracciabilità degli interventi, favorire la comunicazione all'interno del gruppo di lavoro, con il paziente e con il caregiver anche

in merito ad eventuali indicazioni per il post-riabilitazione. "

Parole chiave: team interdisciplinare, evidence based, percorsi di cura, consensus.

Ringraziamenti: Gli autori desiderano ringraziare tutti i membri del Consiglio Direttivo GICR-IACR attuale e precedente per il supporto dato nel corso della stesura del documento.

In particolare si ringraziano:

- i Past President Cesare Greco e Pier Luigi Temporelli
- il Presidente eletto Roberto F.E. Predetti
- i Consiglieri: Giuseppe Favretto, Oreste Febo, Giuseppe Furgi, Massimo Piepoli, Giampaolo Scorcu, Daniele Temporelli, Marica Warren, il Segretario Tesoriere Pasqualina Calisi e Francesco Fattirolli Editor Monaldi Archivist Chest Disease.

Bibliografia

1. Quaderni del Ministero della Salute. La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Roma, RM: Ministero della salute, 2011. <http://www.quadernidellasalute.it/download/download/8-marzo-aprile-2011-quaderno.pdf>
2. Linee Guida Nazionali, ASSR-PNLG di Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari, 2006, testo disponibile al sito www.pnlg.it
3. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11(5): 338-43.
4. Griffo R, Ambrosetti M, Furgi G, et al. Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Standards and outcome measures in cardiovascular rehabilitation. Position paper GICR/IACPR. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2012; 78(4): 166-92.
5. Hussey PS, Wrtheimer S, Mehrotra A. The association between health care quality and cost. *Ann Intern Med* 2013; 158: 27-34.
6. Piano di indirizzo per la Riabilitazione, Gruppo di lavoro sulla Riabilitazione Ministero della Salute, approvato in Conferenza Stato Regioni, 2011.
7. OMS Organizzazione Mondiale della Sanità. *ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson, 2012.
8. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2012; 33 (13): 1635-701.
9. Villanueva T. Transitioning the patient with acute coronary syndrome from inpatient to primary care. *J Hosp Med* 2010; 5 Suppl 4: S8-14.
10. Shoeb M, Merel SE, Jackson MB, Anawalt BD. "Can we just stop and talk?" patients value verbal communication about discharge care plans. *J Hosp Med* 2012; doi: 10.1002/jhm.1937.
11. Fattirolli F, Angelino E. L'Informazione essenziale e irrinunciabile alla dimissione dal reparto per acuti dopo sindrome coronarica. Parte 2: progetto per migliorare la qualità delle cure. *Monaldi Arch Chest Dis* 2012; 78: 138-147.
12. Angelino E, Fattirolli F. L'Informazione essenziale e irrinunciabile alla dimissione dal reparto per acuti dopo sindrome coronarica. Parte 1: I fattori che influenzano la comunicazione. *Monaldi Arch Chest Dis* 2012; 78: 79-84.

13. Standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli Ospedali. Joint Commission International Progea, 4^a Edizione, 2011.
14. Regione Siciliana, Assessorato per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico *Raccomandazioni Regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per un evento cardiologico*. Servizio 5 - Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti. 2014, Documento consultabile al sito www.gicr.it
15. Miceli D, Cirrincione U, Scherillo M. (a cura di) *Management e Qualità in Cardiologia: il ruolo dell'infermiere*. Centro Scientifico Editore, 2000.
16. Cavaliere B. *Misurare la complessità assistenziale*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore, 2009.
17. Cantarelli M. *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Milano: Masson, 2003.
18. Maslow A. *Motivazione e personalità*. Roma: Armando Editore, 1992.
19. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14: 61-5.
20. Gordon M. *Nursing diagnoses: process and application*. New York: Mc Graw-Hill Book Co, 1987.
21. Norton BC, Hall-Lord MI, Idvall E, Wiberg-Hedman K, Larsson BW. Interrater reliability using Modified Norton Scale, Pressure Ulcer Card, Short Form-Mini Nutritional Assessment by registered and enrolled nurses in clinical practice *Journal of Clinical Nursing* 2008; (17): 618-626.
22. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. Malnutrition Universal Screening Tool predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *Nurs Res* 1987; 36(4): 205-10.
23. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). BAPEN 2003; Revisione 2011 www.bapen.org.uk.
24. Conley D, Schultz AA, Selvin R. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. *Medsurg Nurs* 1999; (8): 348-354.
25. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*. 1989 (4): 366-367.
26. Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997; (315): 1049-1053.
27. Tinetti M. Scala di Tinetti-Tinetti Balance and Gait Scale) e Fall Risk Index. In: Zanetti E (a cura di) *Gli Strumenti di valutazione in geriatria*. Milano Lauri Editore, 2008.
28. Pointer, Jonathan S. A novel visual analogue scale (VAS) device: an instrument based on the VAS designed to quantify the subjective visual experience. *Ophthalmic and Physiological Optics* 2004; 24 (3): 181-185.
29. Linee guida per la valutazione multidimensionale dell'anziano fragile. *Giornale di Gerontologia* 2001; 49 (Suppl.11).
30. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, et al. Efficacy and Safety of Exercise Training in Patients With Chronic Heart Failure: HF-ACTION Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2009; 301 (14): 1439-1450.
31. Calsamiglia G, Camera F, Mazza A, et al. Un nuovo test (VITTORIO Test) per la valutazione dell'efficienza fisica in soggetti ammessi a programmi di riabilitazione dopo intervento di chirurgia cardiaca. *Monaldi Arch Chest Dis* 2005; 64: 8-18.
32. Borg G. *Borg's Perceived Exertion and Pain Scales*. Human Kinetics, USA 1998.
33. Linee Guida prevenzione Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea-Guida. SNLG, 2011. www.snlg-iss.it
34. Braunwald E. *Malattie del cuore*. Padova: Piccin Nuova Libreria, 1993.
35. Karvonen M, Musta O, Kentala K. The effect of training heart rate: A longitudinal study. *Ann Med Exp Biol Femm* 1957; (35):307-315.
36. Greco C, Cacciatore G, Gulizia M, et al. Criteri per la selezione dei pazienti da inviare nei Centri di Cardiologia Riabilitativa. Selection criteria for referral to cardiac rehabilitation centers. Commissione ANMCO/IACPR-GICR Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri/Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology - Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa. *Monaldi Arch Chest Dis* 2011; 76: 1-12
37. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Which diet for an effective cardiovascular prevention? *Monaldi Arch Chest Dis*. 2012; 78 (2): 60-5.
38. Leon AS, Franklin BA, Costa F, et al. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Circulation* 2005; 111(3): 369-376. Erratum in: *Circulation* 2005; 111(13): 1717.
39. Denke MA. Diet, lifestyle and nonstatine trials: review of time to benefit. *Am J Cardiol* 2005; 5: 3-10.
40. Hooper L, Griffiths E, Abrahams B, et al. Dietetic guidelines: diet in secondary prevention of cardiovascular disease (first update, June 2003). *J Hum Nutr Diet* 2004; 4: 337-349.
41. Manuale ANDID (Associazione Nazionale Dietetisti). International Dietetics and Nutrition Terminology: *Un linguaggio condiviso per la pratica professionale*. Rubiera (RE): ANDID, 2014.
42. International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) *Reference Manual: Standardized Language for the Nutrition Care Process*. Academy of Nutrition and Dietetics, 2013.
43. Azienda Ospedaliera Careggi. *Procedura per la prevenzione e la gestione del rischio nutrizionale*, 2012; 903-988.
44. da Vico L, Biffi B, Masini ML, Fattiroli F. Percorso di assistenza nutrizionale in riabilitazione cardiologica. *Monaldi Arch Chest Dis* 2007; 68(2): 103-9.
45. Agostini S, Biffi B, Brazzo S, da Vico L, Masini ML. POSITION PAPER Gruppo di lavoro ANDID. The role of Dietitian in cardiac rehabilitation and secondary prevention. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2014; 82: 43-48.
46. Jonnalagadda SS. Dietary counseling is an important component of cardiac rehabilitation. *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 1529-1531.
47. da Vico L, Biffi B, Agostini S, et al. Validazione della versione italiana del questionario di Moynihan sulle conoscenze alimentari. *Monaldi Arch Chest Dis* 2010; 74: 140-146.
48. Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G. Cost benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review* 2007; 202: 90-98.
49. CSIP Care Services Improvement Partnership. *Commissioning a brighter future. Improving access to psychological therapies*. London: CSIP 2007.
50. Richards DA, Suckling R. Improving access to psychological therapy. *Clinical Psychology Forum* 2008; 181: 9-16.
51. Gyani A, Shafran R, Layard R, Clark DM. Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy* 2013; 51:597-606.
52. Radhakrishnan M, Hammond G, Jones PB, Watson A, McMillan-Shields F, Lafortune L. Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy* 2013; 51(1): 37-45.
53. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorder.

- ders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23: 318-327.
54. Sommaruga M, Tramarin R, Angelino E, et al. Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60: 184-234.
 55. Strupp HH, Lambert MJ, Horowitz LM (Eds). *Measuring patient changes in mood, anxiety and personality disorders: Toward a core battery*. Washington DC: American Psychological Association, 1997.
 56. Sommaruga M, Della Porta P. La patologia somatica: l'esempio delle malattie cardiovascolari. In: Ricci Bitti PE & Gremigni P (a cura di) *Psicologia della salute, Modelli teorici e contesti applicativi*. Roma: Carocci editore, 2013.
 57. Lichman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014; 129: 1350-69.
 58. Martens EJ, De Jonge P, Cohen BE, Lett H, Whooley MA. Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events with stable coronary heart disease: The Heart and Soul Study. *Arch Gen Psychiatry* 2010, Jul 67 (7): 750-8
 59. Pierobon A, Callegari S, Giardini A, Ferrari M, Olmetti F, Corbellini D. Presentation of the Psycho-Cardiological schedule and convergence levels analyses among the psycho-cardiological screening and the psychological assessment. *Monaldi Arch Chest Dis* 2012; 78: 89-96.
 60. Pierobon A, Giardini A, Callegari S, Majani G. Psychological adjustment to a chronic illness: the contribution from cognitive behavioural treatment in a rehabilitation setting. *G Ital Med Lav Ergon*. 2011; 33(1 Suppl A): A11-8.
 61. Delle Fave A, Bassi M. *Psicologia e salute*. Novara: De Agostini Scuola, 2007.
 62. Costantini M, Musso M, Viterbori P, et al. Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer* 1999; 7(3): 121-7.
 63. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda Ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006; 66: 255-263.
 64. Vidotto G, Burro R, Filippini L, et al. A revised short version of the Depression Questionnaire (QD/R). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; Apr; 17 (2): 187-97.
 65. Evans C, Connell J, Barkham M, et al. Towards a standardised brief outcome measure Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 51-60.
 66. Palmieri G, Evans C, Hansen VM, et al. Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure(CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2009; 16: 444-449.
 67. Michielin P, Vidotto G, Altoè G, et al. Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Supplemento di Psicologia*. 2008; 30 (1): A98-A104.
 68. Bettinardi O, Vidotto G, Moroni L, et al. Valutazione psicologica del cambiamento in cardiologia riabilitativa: validazione di un questionario a forma breve per la valutazione di esito. *Monaldi Arch Chest Disease* 2012; 78(2): 97-104.
 69. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-198.
 70. Measso G, Caverzeran F, Zappalà G, Lebowitz BD, Crook TH, Pirozzolo FJ. Il Mini Mental State Examination: studio normative di un campione random della popolazione italiana. *Developmental Neuropsychology* 1993; 9: 77-85.
 71. Mondini S, Mapelli D, Vestri A, Arcara G, Bisiacchi P. *Esame Neuropsicologico Breve 2*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
 72. Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, et al. Fagerstrom Tolerance Questionnaire (FTQ). *Tobacco Control*, 1996, 5: 52-56.
 73. Gremigni P. *Psicologia del fumo*, Ed. Carocci Faber, 2004.
 74. Centri Anti-Fumo Regione Emilia-Romagna. Documento preliminare a cura del Gruppo tecnico di coordinamento dei CAF. *Raccomandazioni per la corretta pratica clinica nella disassuefazione*. Ed. Regione Emilia Romagna, 2010.
 75. Majani G, Pierobon A, Giardini A, Callegari S. *Valutare e favorire l'aderenza alle prescrizioni in riabilitazione cardiologica e pneumologica*, Manuali della Fondazione Maugeri, Pavia: Edizione PI-ME, 2007.
 76. Pain D, Miglioretti M, Angelino E. *Sviluppo della versione italiana del Brief-IPQ. Strumento psicometrico per lo studio delle rappresentazioni di malattia*. In: Cicognani E, Palestini I (a cura di), *Promuovere benessere con persone, gruppi, comunità*. Cesena: Edizione Il Ponte Vecchio, 2007.
 77. Sommaruga M, Vidotto G, Bertolotti G, Pedretti RF, Tramarin R. A self administered tool for the evaluation of the efficacy of health educational interventions in cardiac patients. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60(1): 7-15.
 78. Zotti AM, Bertolotti G, Michielin P, Sanavio E, Vidotto G. *Linee guida per lo screening dei tratti di personalità, cognizioni e comportamenti avversi alla salute. Manuale d'uso per il CBA Forma Hospital*. Pavia: Edizione Maugeri Foundation Books, 2000.
 79. Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM. *CBA 2.0 Cognitive Behavioural Assessment 2.0*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1997.
 80. Derogatis LR. *SCL-90-R Symptom Checklist 90-Revised*. Adattamento italiano a cura di Preti E, Prunas A, Sarno I e Madeddu F. Giunti OS Organizzazioni Speciali, Firenze, 2011.
 81. Hathaway SR, McKinley JC. *MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* Edizione Italiana a cura di Sirigatti S, e Cancheri P. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1995.
 82. Ladwig KH, Lederbogen F, Albus C, et al. Position paper on the importance of psychosocial factors in cardiology: Update 2013. *Ger Med Sci*, 2014; 7-12.
 83. Pogossova N, Saner H, Pedersen SS, et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol.*, 2014, 24.
 84. APA Task-Force on evidence-based practice. Evidence-based in psychology. *American Psychologist* 2006; 61: 271-285.
 85. APA Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia. *Psicoterapia e scienze umane*, Volume XLVII, N.3, Ed. Franco Angeli, 2013.
 86. Lazzari D (a cura di). *Psicologia sanitaria e malattia cronica. Interventi Evidence-Based e Disease Management*. Pisa: Pacini Editore, 2011.
 87. Whalley B, Thompson DR, Taylor RS. Psychological interventions for coronary heart disease: cochrane systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Med* 2014; 21: 109-21.

88. Samartzis L, Dimopoulos S, Tziogourou M, Koroboki E, Kyprianou T, Nanas S. Effect of psychosocial interventions on quality of life in patients with chronic heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Card Fail* 2013; 19: 125-34.
89. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med* 2008; 70: 741-56.
90. Sommaruga M. Positive affect and cardiovascular health. *Monaldi Arch Chest Dis* 2010; 74: 1-8.
91. Majani G. Positive psychology in psychological interventions in rehabilitation medicine. *G Ital Med Lav Ergon* 2011; 33(1 Suppl A): A64-8.
92. Davidson KW, Mostofsky E, Whang W. Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal* 2010 10.1093/eurheartj/ehp603.
93. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy vs Standard Treatment to Prevent Recurrent Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care Project (*SUPRIM*) *Arch Intern Me* 2011; 171(2): 24.
94. Jacobson N.S., Truax P. Clinical significance: a statistical proch to defniting meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59(1): 15-19.
95. Codice deontologico degli psicologi italiani. http://www.psy.it/lo_psicologo/codice_deontologico.html
96. Zotti A., Bettinardi O. *La refertazione psicologica: costruzione delle linee di indirizzo e valorizzazione buone pratiche*. Quaderno dei Seminari di approfondimento Per una Psicologia di Qualità. Regione Piemonte, Tipografia De l'Artistica Savigliano, 2008.