



con il patrocinio di
 ITACARE-P
Italian Alliance for Cardiovascular
REhabilitation and Prevention

**I PERCORSI APPROPRIATI
ASSISTENZIALI E TERAPEUTICI
IN PREVENZIONE SECONDARIA**

**Approccio al paziente
ad alto rischio cardiovascolare**

**10 GIUGNO
2022**

CORSO WEBINAR
FAD SINCRONA

INDICATORI IRRINUNCIABILI PER DEFINIRE UN CORRETTO PRI

Marco Ambrosetti

SC Riabilitazione Cardiologica – ASST Ospedale
Maggiore di Crema



Domanda: che cosa rappresenta per me la Cardiologia Riabilitativa?



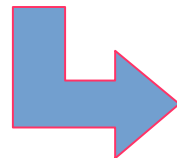
PER IL CARDIOLOGO DELL'ACUTO
(referral)

Una modalità di dimissione protetta

Una sorta di cure subacute con la presenza di un cardiologo

Un posto dove si “tira fuori” il paziente dal letto

Un intervento add on



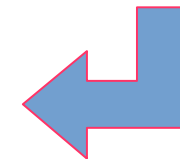
PER IL CARDIOLOGO RIABILITATORE
(uptake, completion, outcome)

Un gruppo di accesso appropriato

Un intervento da declinare correttamente per fase, setting, core components, obiettivi

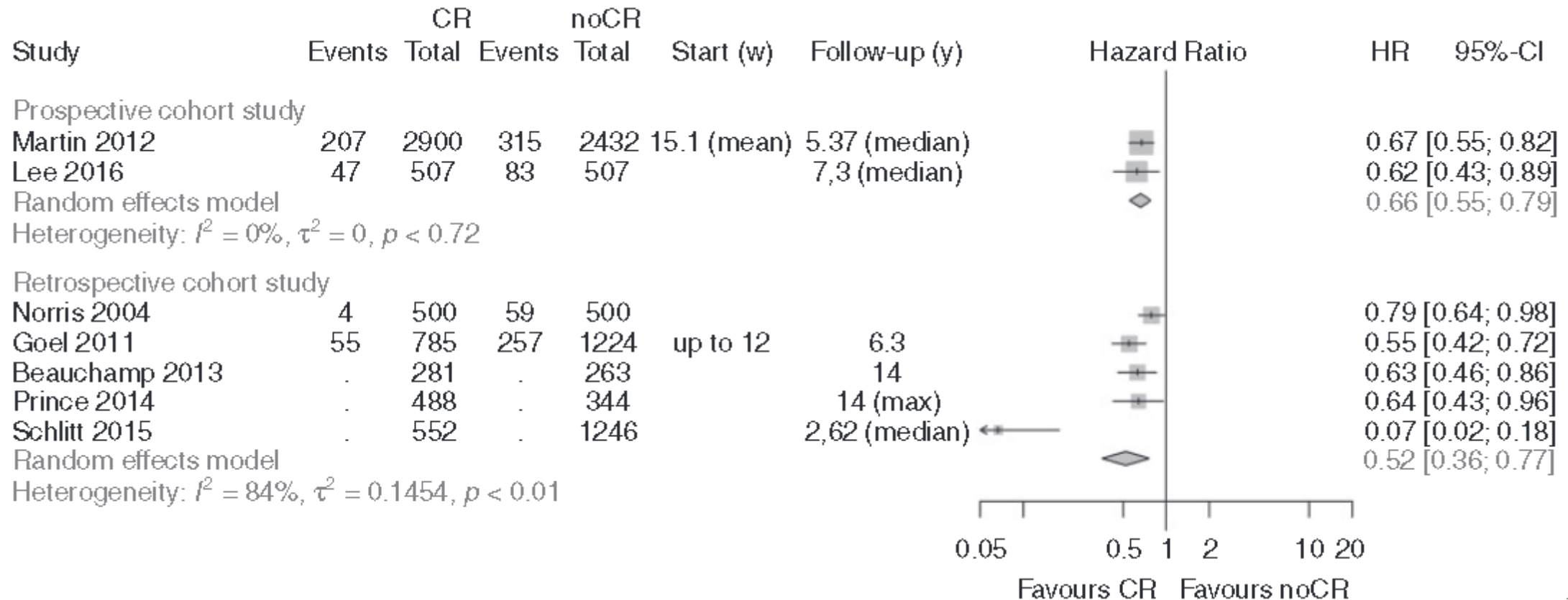
Un intervento add on

Ulteriore stabilizzazione clinica
Incremento della capacità funzionale
Miglioramento prognostico
Gestione lifestyle e psicosociale





INTERVENTO ADD-ON DOPO SCA....anche in era moderna





IL PRI NEL PIANO DI INDIRIZZO DELLA RIABILITAZIONE 2010

Questo principio si realizza con la “presa in carico dell’utente” e l’erogazione degli interventi sulla base di programmi riabilitativi definiti all’interno di uno **specifico strumento sintetico e organico specifico per ciascuna Persona**, il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).

Il PRI, utilizzando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella **Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute** (International Classification of Function, ICF), definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso, quando possibile, con il paziente, la famiglia e i caregiver; definisce le caratteristiche di **congruità e appropriatezza** dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Il processo decisionale del **medico specialista in riabilitazione** (Responsabile clinico del paziente) nella definizione del PRI deve tenere conto della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile adesione al programma. Il medico responsabile garantisce, anche attraverso il coinvolgimento del team di professionisti, un flusso costante di informazioni a tutte le persone coinvolte nelle attività del PRI: al paziente, alla famiglia, ai caregiver e al medico di medicina generale.





COSA CAMBIA CON IL DM 5 AGOSTO 2021 “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera”

Dimissioni ordinarie età >17 anni

Ricoveri A) conseguenti e B) non conseguenti ad evento acuto (12 mesi)

A) Criterio della correlazione SDO acuzie vs. SDO riabilitazione associato alla distanza temporale

B) Criterio di congruenza diagnostica

Complessità in base a patologia, comorbidità, fabbisogno assistenziale, attrezzature, farmaci, dispositivi, durata:

-ALTA COMPLESSITA' 56a

-MINORE COMPLESSITA' 56b

-RIAB ESTENSIVA 56c

SDOr (n° di codici) (6MWT, scale)



PRI A 360° IN CARDIOLOGIA RIABILITATIVA

FASE I

FASE II

FASE III

Degenza ordinaria

DH/MAC

Ambulatorio

Home-rehabilitation

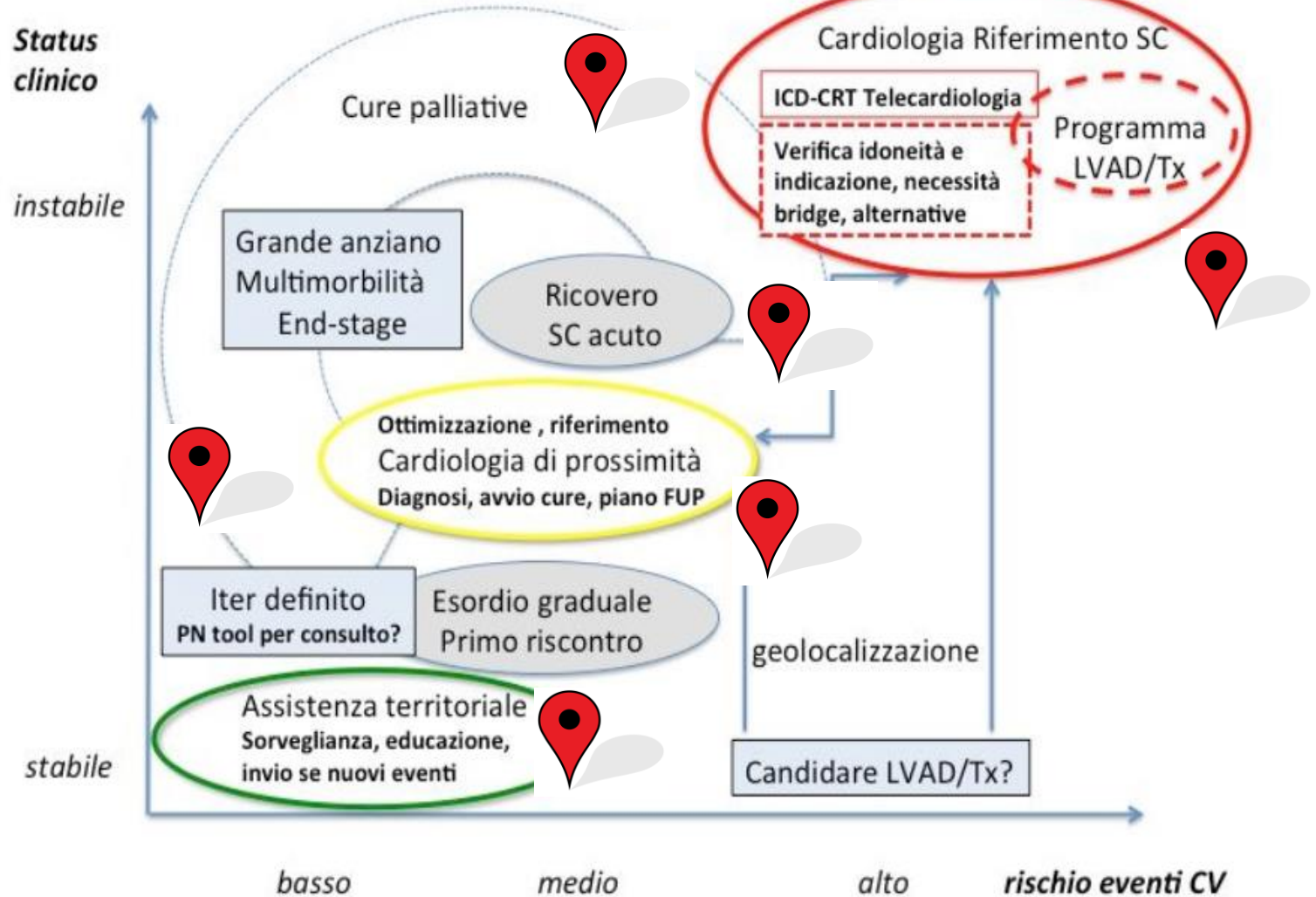
Telerehabilitation

Asynchronous DHT-guided rehab

6.LA RETE REGIONALE PER LA CURA DELLO SCOMPENSO CARDIACO



**Potenziale collocazione
Cardiologia Riabilitativa**



Le ultime LLGG europee di CR...

Position paper

European Journal of
**Preventive
Cardiology**

 **ESC**
European Society
of Cardiology

European Journal of Preventive
Cardiology
0(0) 1–42
© The European Society of
Cardiology 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/2047487320913379
journals.sagepub.com/home/cpr


Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology

Marco Ambrosetti¹, Ana Abreu², Ugo Corrà³, Constantinos H Davos⁴, Dominique Hansen⁵, Ines Frederix⁶, Marie C Iliou⁷, Roberto FE Pedretti⁸, Jean-Paul Schmid⁹, Carlo Vigorito¹⁰, Heinz Voller¹¹, Mathias Wilhelm¹² and Massimo F Piepoli¹³

Document reviewers:

Birna Bjarnason-Wehrens¹⁴, Thomas Berger¹⁵, Alain Cohen-Solal¹⁶, Veronique Cornelissen¹⁷, Paul Dendale¹⁸, Wolfram Doehner^{19,20}, Dan Gaita²¹, Andreas B Gevaert^{18,22}, Harel Kamps²³, Nicolle Kraenkel^{24,25}, Jari Laukkanen²⁶, Miguel Mendes²⁷, Josef Niebauer²⁸, Maria Simonenko²⁹ and Ann-Dorthe Olsen Zwisler³⁰

Core components common to all clinical conditions

- Patient assessment
- Physical activity counselling
- Exercise training
- Diet/nutritional counselling
- Weight control management
- Lipid management
- Blood pressure management
- Smoking cessation
- Psychosocial management

Core components in specific clinical conditions

- Post acute coronary syndrome and post primary coronary angioplasty
- Chronic coronary syndromes and elective coronary angioplasty
- Coronary artery or valve heart surgery
- Chronic heart failure
- Cardiac transplantation
- Diabetes mellitus
- Peripheral artery disease

Core components in challenging populations

- Older patients
- Frail patients
- Women
- Patients with cardiac implantable electronic devices (CIED)
- Patients with TAVI and MitraClip
- Patients with ventricular assist devices (VAD)
- History of transient ischaemic attack/stroke
- History of chronic obstructive lung disease
- History of chronic renal failure
- Non-adherent patients
- Cancer patients



1. Gruppo di accesso	barrare
Cardiopatía ischemica stabile	
Altra cardiopatía stabile	
Sindrome coronarica acuta	
Scompenso cardiaco	
Esiti di intervento di CCH e/o chirurgia vascolare	
Vasculopatía periferica stabile	
Vasculopatía periferica instabile	
Esiti di interventistica coronarica	
Esiti interventistica non coronarica	
Esiti di impianto o revisione di device	
Trapianto cardiaco	
Soggetti ad alto rischio cardiovascolare	
Altro gruppo codificato:	

2. Momento riabilitativo	barrare
Fase post-acuta	
Fase cronica instabilizzata	
Fase cronica stabile	

3. Setting riabilitativo	barrare
Degenza ordinaria	
Day-hospital	
Ambulatorio	
Telesorveglianza	

4a. Obiettivo riabilitativo: riduzione rischio clinico	barrare
Stabilizzazione clinica/sintomi	
Ottimizzazione terapia	
Valutazione prognostica	
Raggiungimento target terapeutici dei fattori di rischio CV	

4b. Obiettivo riabilitativo: gestione comorbidità complessa	
<i>score CIRS (n° apparati con punteggio ≥3)</i>	

4c. Obiettivo riabilitativo: gestione disabilità	barrare
<i>disabilità grave valutata mediante 6min-WT o Indice di Barthel</i>	

Altro obiettivo riabilitativo:

5. Durata stimata del programma riabilitativo	
<i>giorni</i>	

Medico Responsabile del PRI (inizio)
Data
Firma



1. Strumenti/interventi per conduzione PRI	barrare
Monitoraggio telemetrico	
Monitoraggio multiparametrico	
Medicazioni standard decubiti/ferite chirurgiche	
Medicazioni avanzate	
Misure di prevenzione decubiti	
Misure di prevenzione cadute	
Gestione catetere vescicale	
Gestione cateteri venosi periferici	
Gestione catetere venoso centrale	
Ossigenoterapia	
Gestione presidi/device/ausili personali	
Adattamento ventiloterapia	
Training fisico cardiovascolare	
FKT per disabilità specifica	
Esami ematochimici	
ECG	
Ecocardiogramma	
ECG dinamico	
Monitoraggio PA 24h	
Marcatori cardiaci	
CT/RMN cardiaca e/o vascolare	
Walking test	
Test ergometrico	
Test cardiopolmonare	
Scintigrafia miocardica	
TWA	
Test fenilefrina/Heart Rate Variability/Potenziali tardivi	
Tilt test	
Ultrasonografia vascolare periferica	
Studio elettrofisiologico	
Cateterismo cardiaco destro	
Consulenze specialistiche	
Consulenza psicologica	
Consulenza nutrizionale	
Utilizzo di altre scale funzionali	
Utilizzo di scale per il dolore	
Valutazione psicometrica	
Valutazione cognitiva	
Counselling/Educazionale individuale	
Counselling/Educazionale di gruppo	
Consegna materiale educativo	
Contatto con servizi socioassistenziali territoriali	

2. Figure coinvolte	barrare
Cardiologo	
Angiologo	
Cardiochirurgo	
Chirurgo Vascolare	
Fisiatra	
Internista/Geriatra	
Neurologo	
Pneumologo	
Diabetologo	
Nefrologo	
Infermiere	
Fisioterapista	
Psicologo	
Dietista	
Assistente sociale	
Altre figure	

3. Documentazione	barrare
Diario medico giornaliero	
Scheda terapia	
Cartella infermieristica	
Cartella riabilitativa	
Referti esami diagnostici	
Tracciati di monitoraggio	
Moduli consulenze	
Altro	

Medico Responsabile del PRI
Data
Firma

Altre figure responsabili del pri
Data
Firma



PRI opportunamente integrato da Cartella Riabilitativa:

- Dati della valutazione
- Prescrizione training sec. FITT
- Diaria sedute riabilitative
- Counselling
- Prescrizioni successive

6. Conduzione del PRI	barrare
Regolare	
Irregolare per:	
Trasferimento in struttura acuti	
Autodimissione	
Decesso	
Complicanze	
Scarsa aderenza	
Altro:	

7. Strategia di continuità assistenziale	barrare
Ricovero in struttura per acuti	
Ricovero in riabilitazione generale geriatrica/mantenimento	
Prosecuzione riabilitazione in DH interno	
Prosecuzione riabilitazione in ambulatorio	
Prosecuzione riabilitazione domiciliare supervisionata	
Lettera di dimissione per supporto follow-up MMG	
Follow-up ambulatoriale interno	
Follow-up con telesorveglianza	
Follow-up programmato da struttura di provenienza	

8. Indicatori di esito utilizzati	barrare
Classe NYHA	
Walking test	
Barthel Index	
Classe CCS	
Soglie claudicatio intermittens	
EuroQoL	
Altro:	



CONCLUSIONI SUL PRI IN CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E SPUNTI DI RIFLESSIONE

- Deve essere uno strumento operativo utile e non un semplice obbligo documentale da assolvere
- In linea con le regole ma anche centrato sulla disciplina di Cardiologia Riabilitativa
- Orientato alle linee guida e alle modifiche dell'epidemiologia
- Espressione valida dell'offerta della struttura (vd. PRS)
- Flessibile in relazione al setting
- Momento di formazione e valorizzazione del team