

Gestione del cardiopatico e reins erimento lavorativo

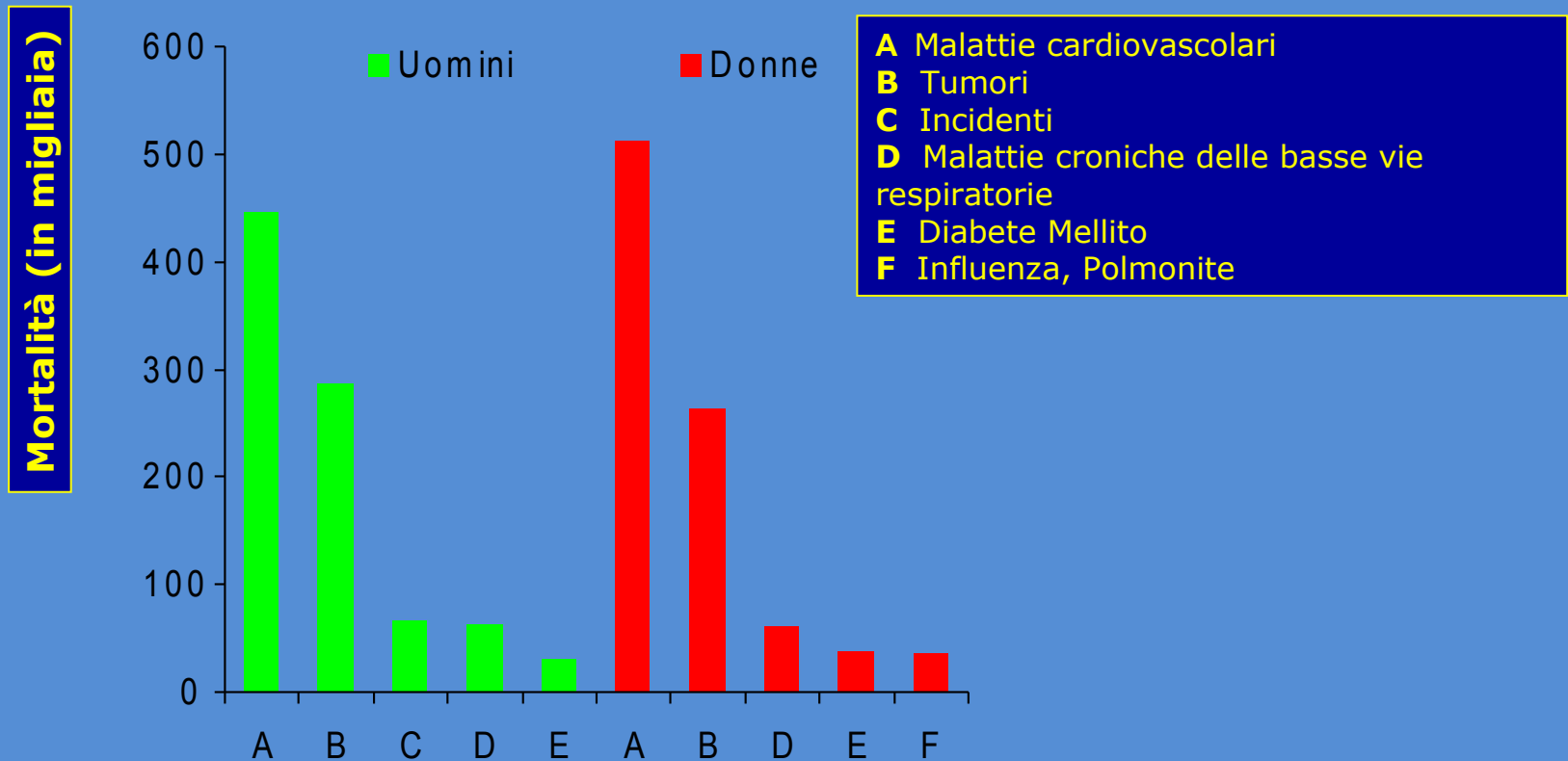
Ospedale Bellaria modificare lo stile del sottotitolo dello
2012 tema

Perché parlare di reinserimento lavorativo del cardiopatico ?

Diamo i numeri



Principali cause di morte negli Stati Uniti



Heart and Stroke Statistical Update, Dallas, Tex. American Heart Association, 2002

Dati di Mortalità: Unione Europea

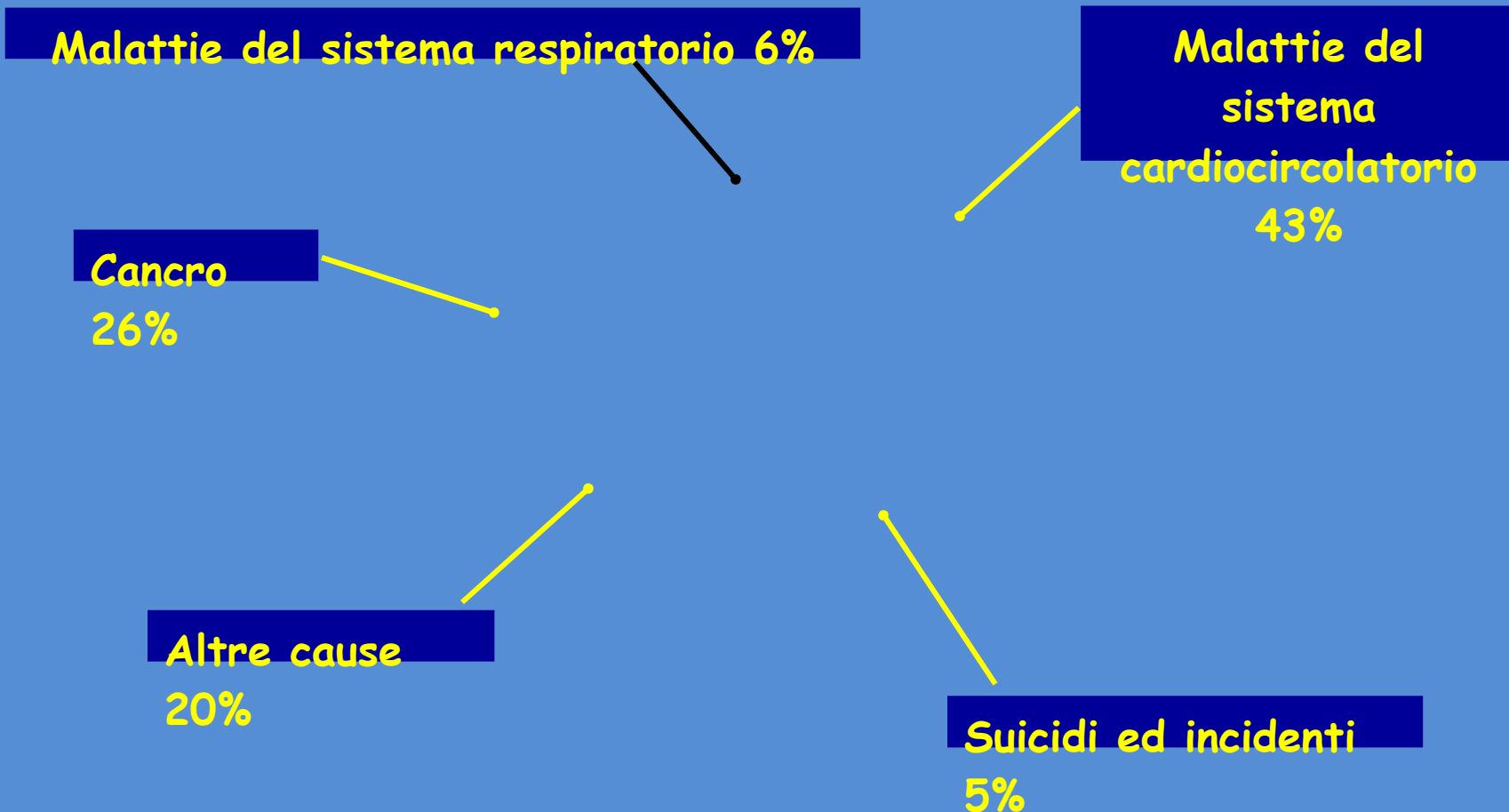
Malattie del sistema respiratorio 6%

Malattie del
sistema
cardiocircolatorio
43%

Cancro
26%

Altre cause
20%

Suicidi ed incidenti
5%



Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora oggi la principale causa di morte nel nostro paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi.

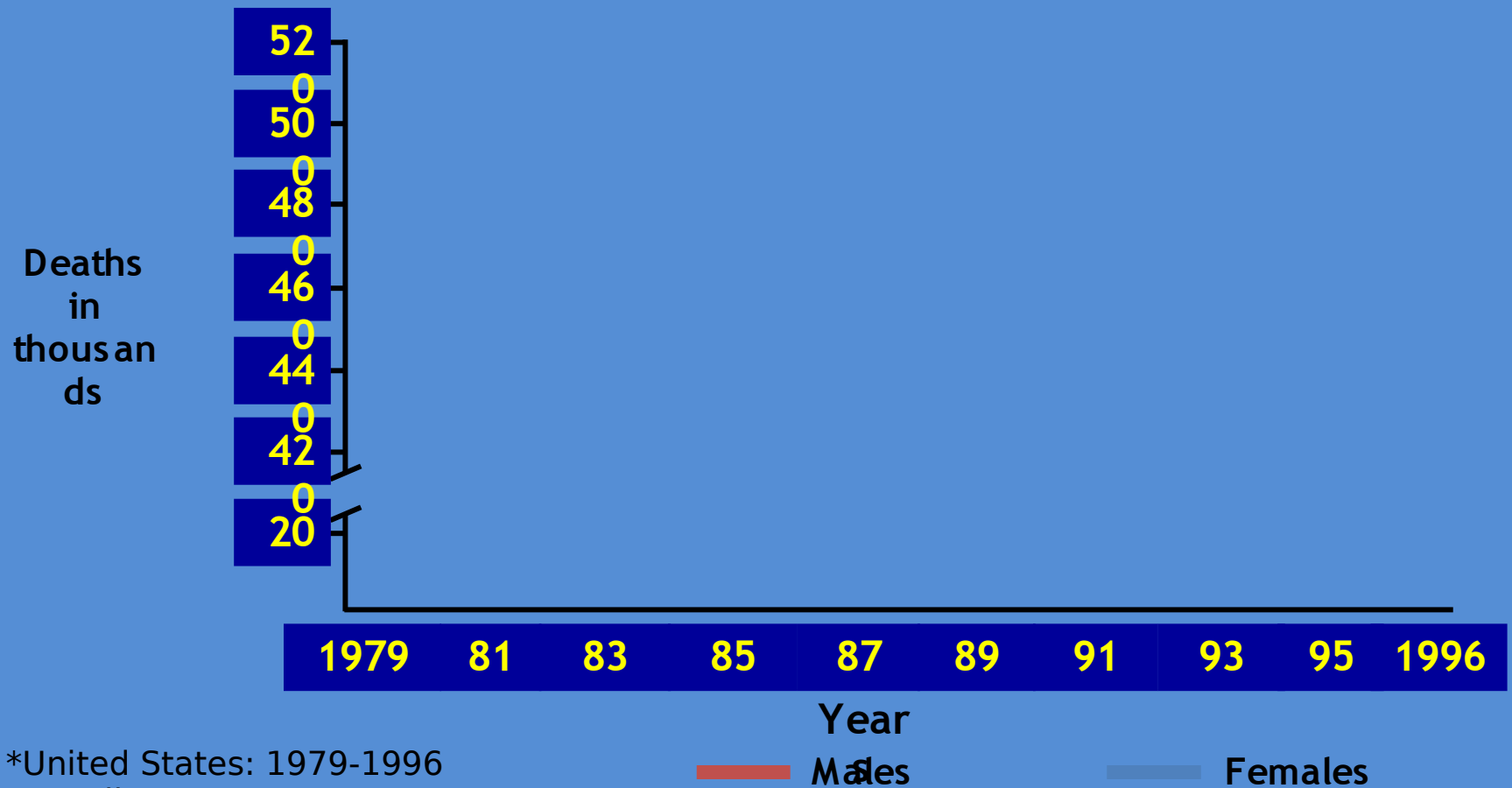
In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori.

Fonte: Centro Nazionale di Epidemiologia, Prevenzione e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità Roma

Data pubblicazione: 15 dicembre 2003

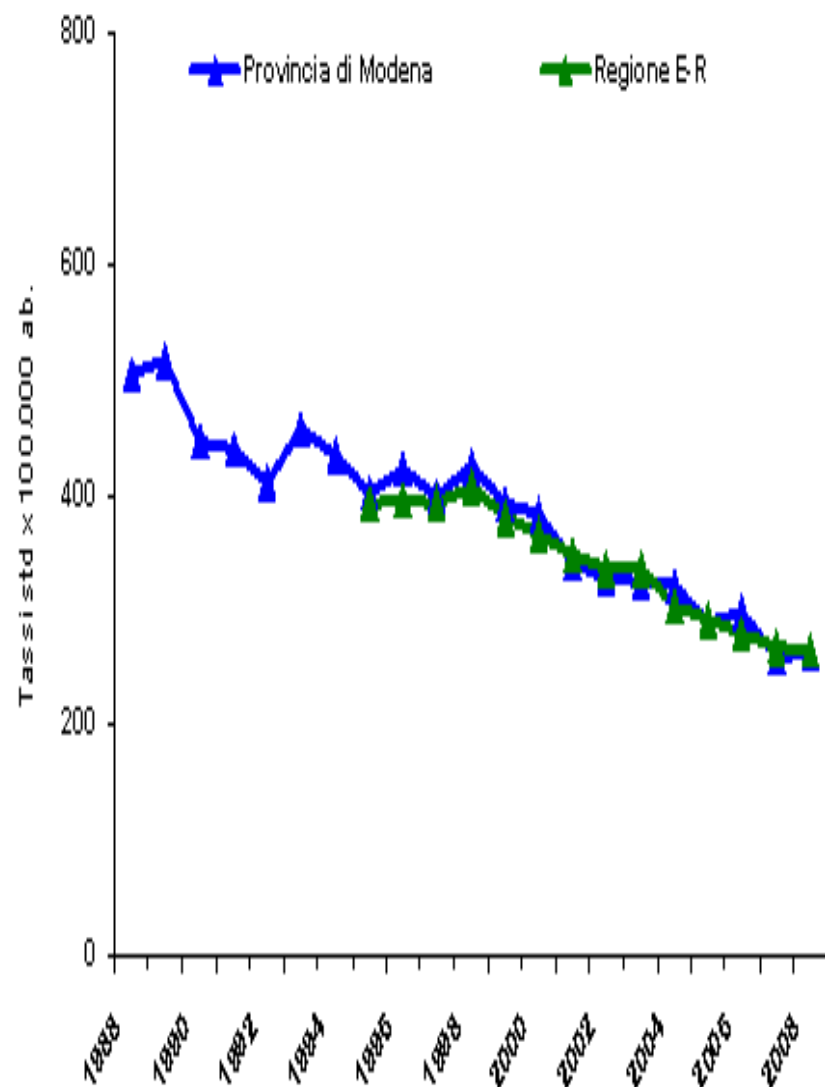
02/11/12

Trend di mortalità CV per uomini e donne

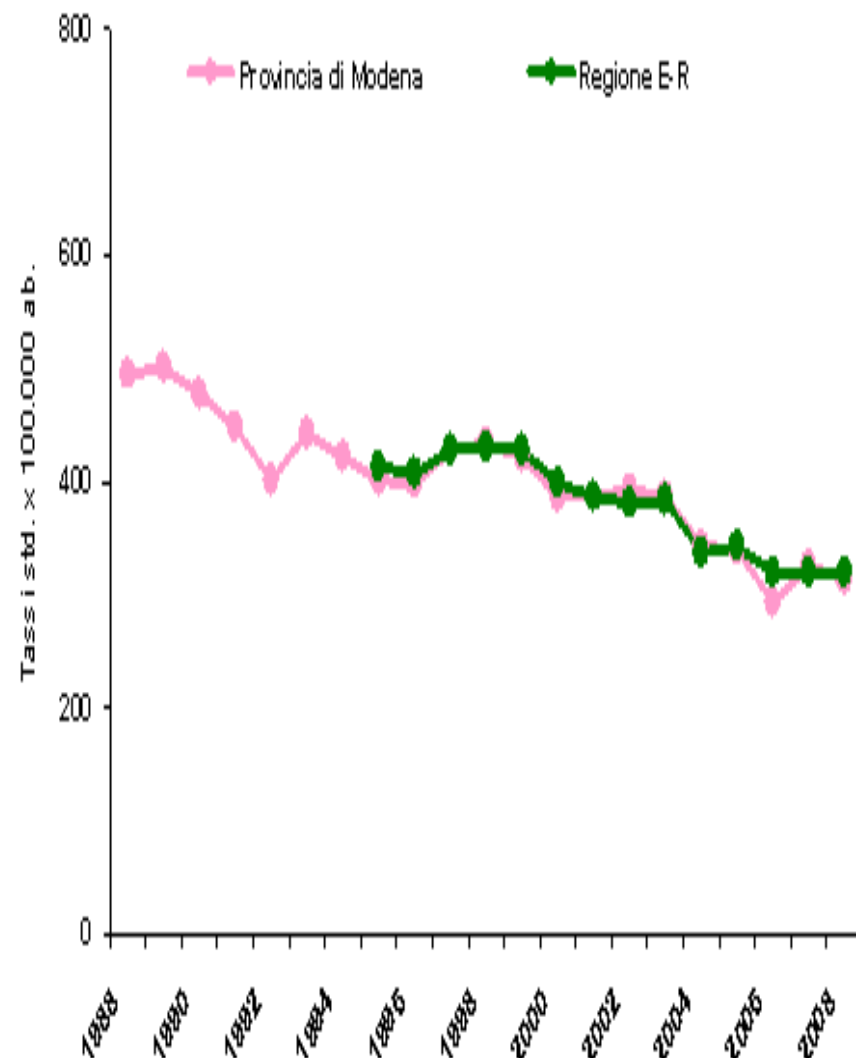


*United States: 1979-1996 mortality.

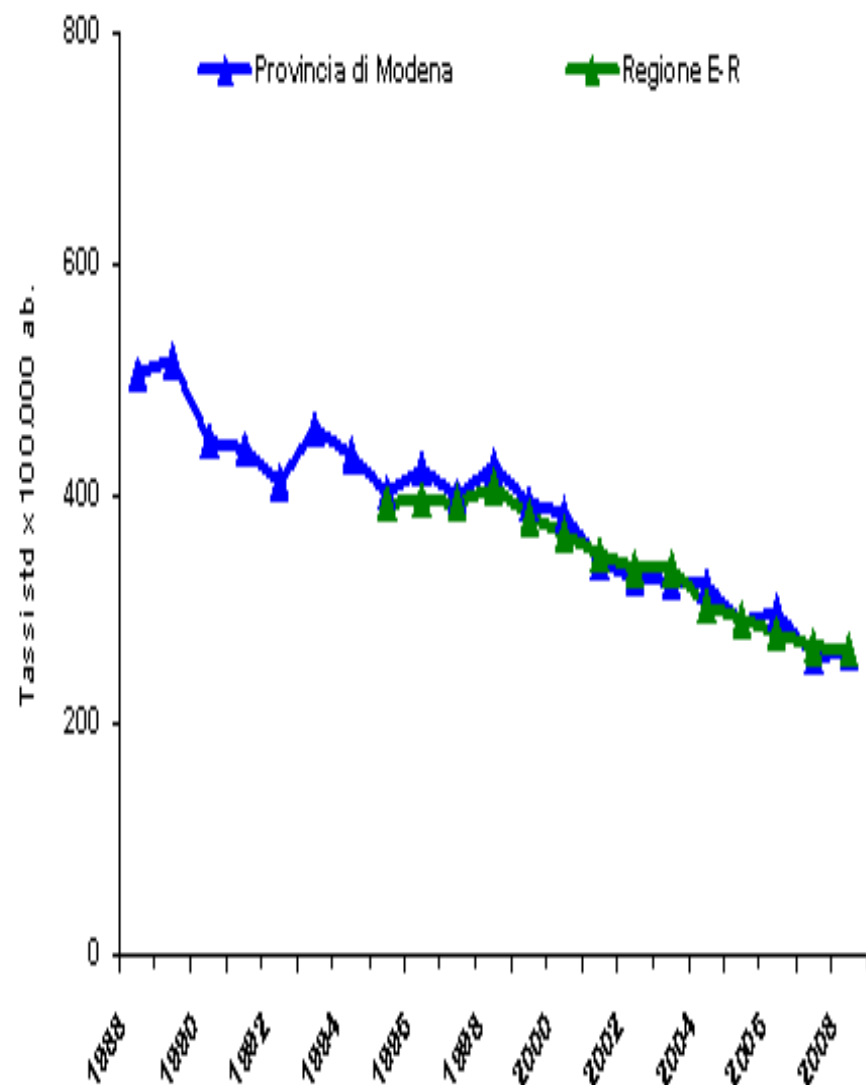
02/11/12



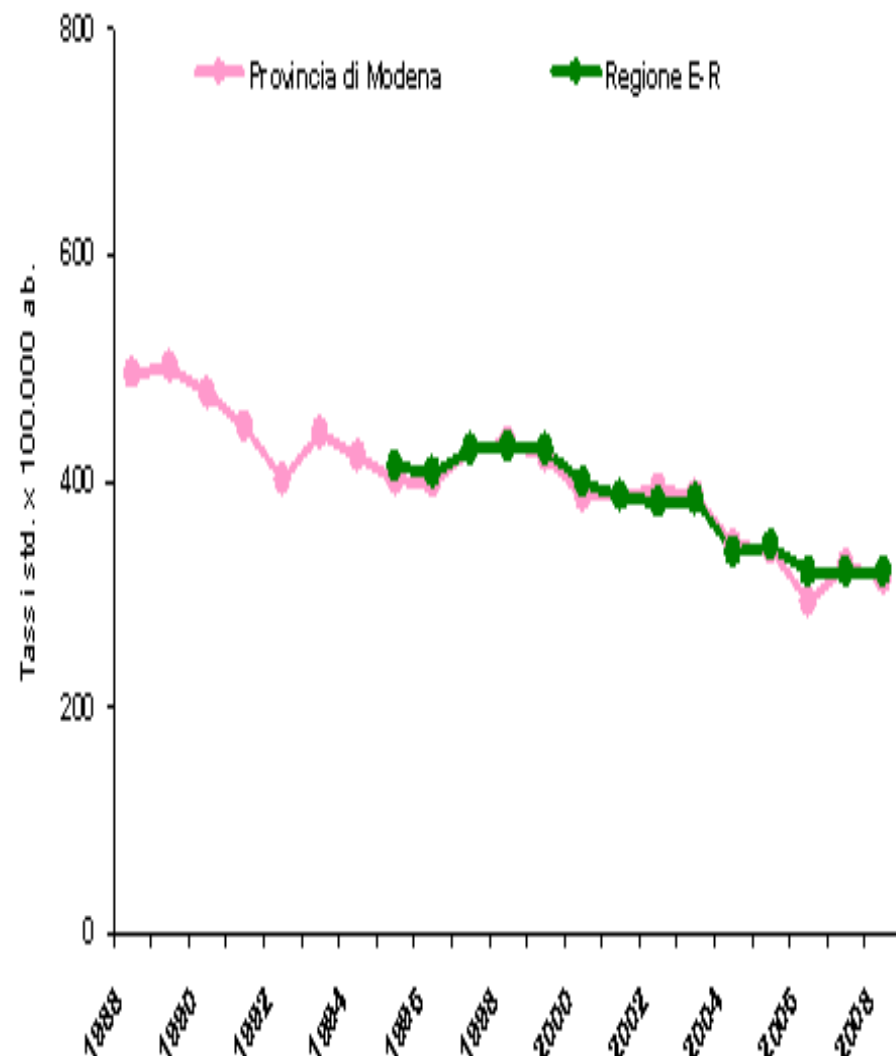
*Mortalità per malattie sistema circolatorio- Maschi:
trend dei tassi standardizzati* (x 100.000 ab). Anni 1988-2008.
Fonte: Archivio Provinciale di Mortalità*



*Mortalità per malattie sistema circolatorio- Femmine:
trend dei tassi standardizzati* (x 100.000 ab). Anni 1988-2008.
Fonte: Archivio Provinciale di Mortalità*



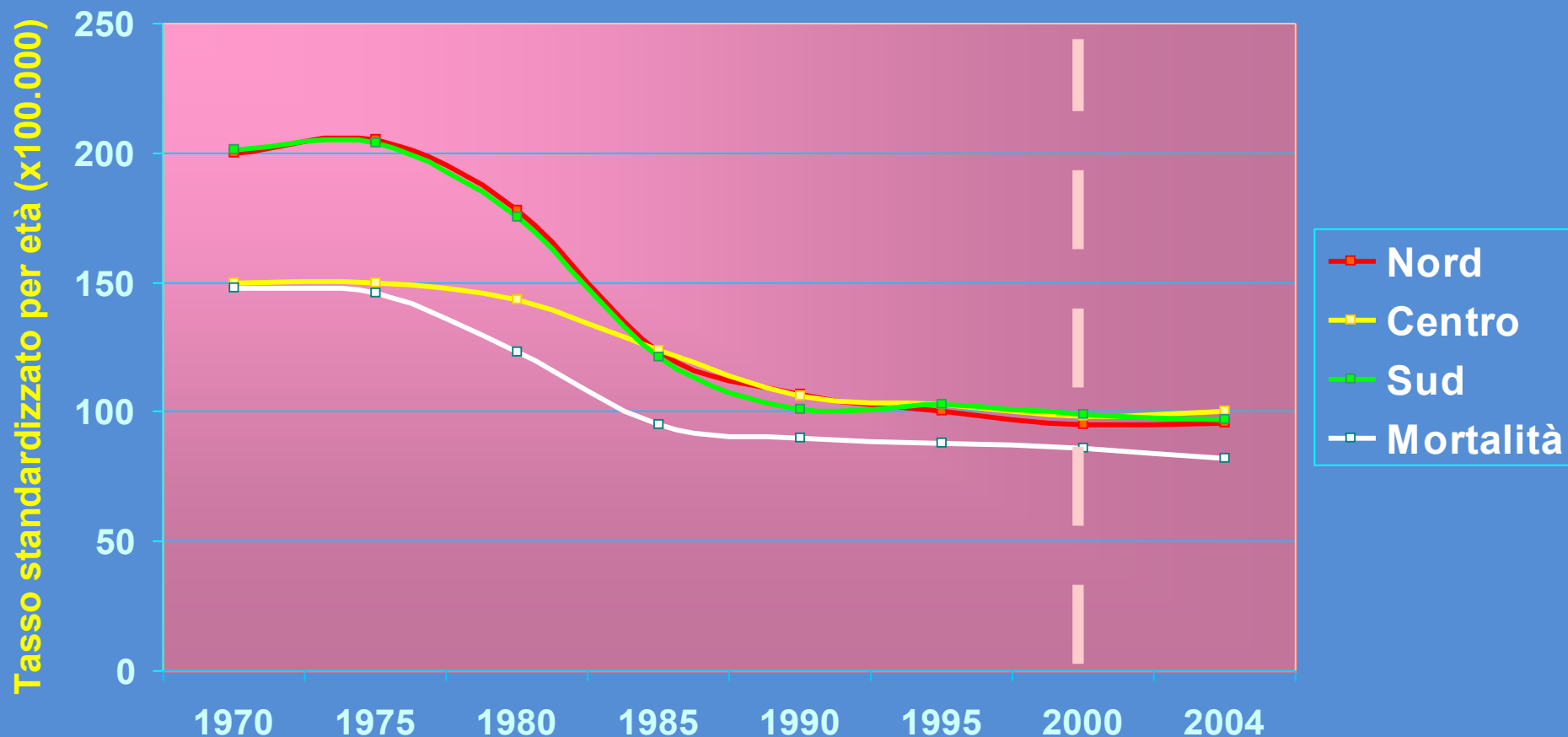
*Mortalità per malattie sistema circolatorio- Maschi:
trend dei tassi standardizzati* (x 100.000 ab.). Anni 1988-2008.
Fonte: Archivio Provinciale di Mortalità*



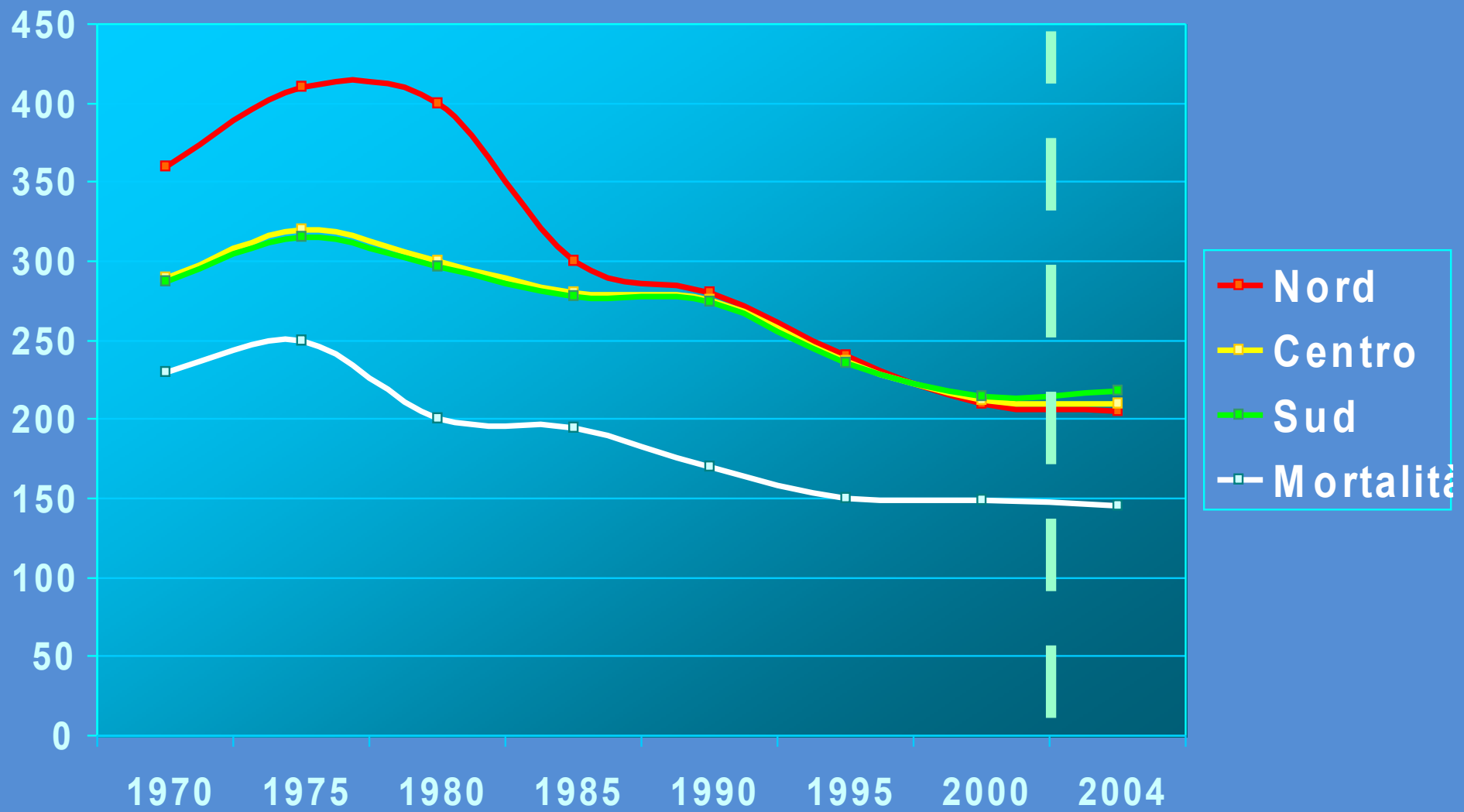
*Mortalità per malattie sistema circolatorio- Femmine:
trend dei tassi standardizzati* (x 100.000 ab.). Anni 1988-2008.
Fonte: Archivio Provinciale di Mortalità*

Considerando gli anni potenziali di vita perduti, cioè gli anni che ciascun deceduto avrebbe vissuto se fosse morto ad una età pari a quella della sua speranza di vita, le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno oltre 300.000 anni di vita alle persone con meno di 65 anni,

Incidenza eventi cardiovascolari in Italia: Donne



Incidenza eventi cardiovascolari in Italia:Uomini



02/11/12

Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico.

La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società.

In Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat).

Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all' 1,34 del prodotto interno lordo), è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare

(Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2000).

I dati del Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari mostrano un quadro sostanzialmente omogeneo in tutta Italia, che sfata il luogo comune secondo cui di cuore ci si ammalerebbe di più al Nord che al Sud Italia. I tassi di incidenza dell'infarto, per esempio, sono molto simili a Napoli e in Friuli Venezia Giulia, sia per gli uomini che per le

Costi delle malattie CV (ISTAT - 1998)

- n. 2.800.000 giornate di degenza per CI
- n. 15.000 pensioni di invalidità precoce per IM assegnate su 100.000 richieste
- non quantizzabile la mancata produzione per assenza dal lavoro

**Sale
l'incidenza
delle malattie
cardiovascolari
tra i giovani**

Sale l'incidenza delle malattie cardiovascolari tra i giovani

Uno studio condotto presso l'Università della Columbia e la Mayo Clinic ha messo in luce il pericoloso trend che si sta registrando in questi ultimi anni. Sembra, infatti, che un numero sempre maggiore di giovani trentenni e quarantenni soffra di **patologie cardiovascolari**, molto spesso senza nemmeno esserne consapevoli.

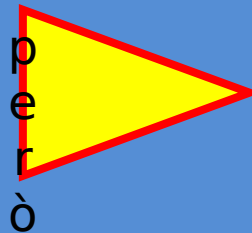
. I ricercatori statunitensi hanno analizzato post-mortem lo stato di salute delle coronarie di 425 persone che erano decedute nello stato del Minnesota per cause non naturali (suicidio, omicidio, incidente) tra il 1981 e il 2004. Complessivamente, l'83% delle persone mostrava un disturbo coronarico e l'8,2% una

I numeri del "cuore" (HCF 1999)

- 4 milioni di vittime/anno nei paesi dell'Unione Europea
- 180 miliardi di euro/anno il loro costo
- 235.000 vittime/anno in Italia
- 1.149.000 ricoveri/anno (1986)
- 1.000.000 di italiani soffre di scompenso cardiaco
- 160.000 persone/anno hanno un attacco cardiaco, uno ogni quattro minuti, uno su quattro muore

Negli ultimi 30 anni l'aspettativa di vita è aumentata di circa 6 anni: questo straordinario risultato è dovuto per 2/3 a riduzione della mortalità cardiovascolare

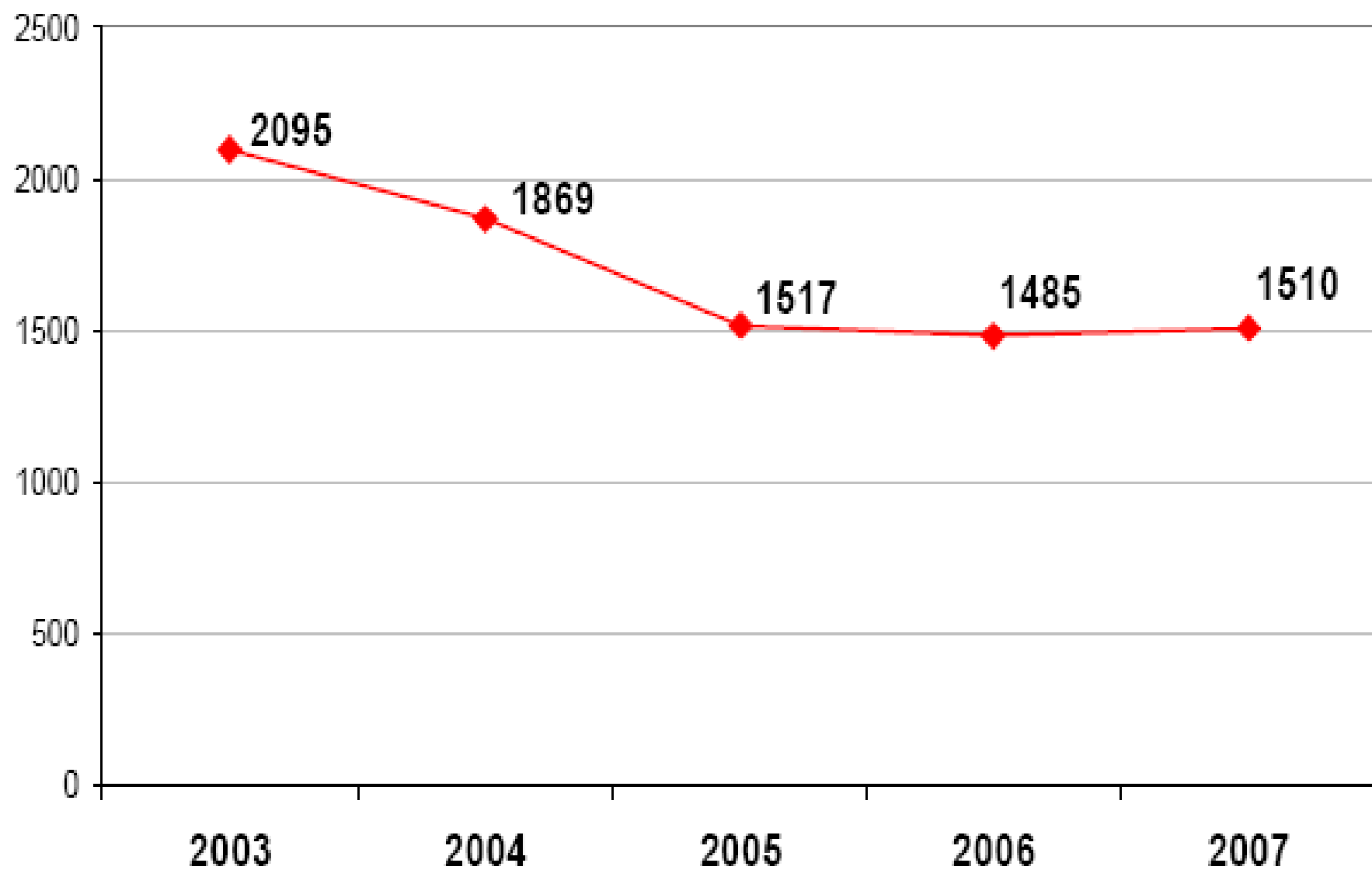
**Incremento della
durata della vita**



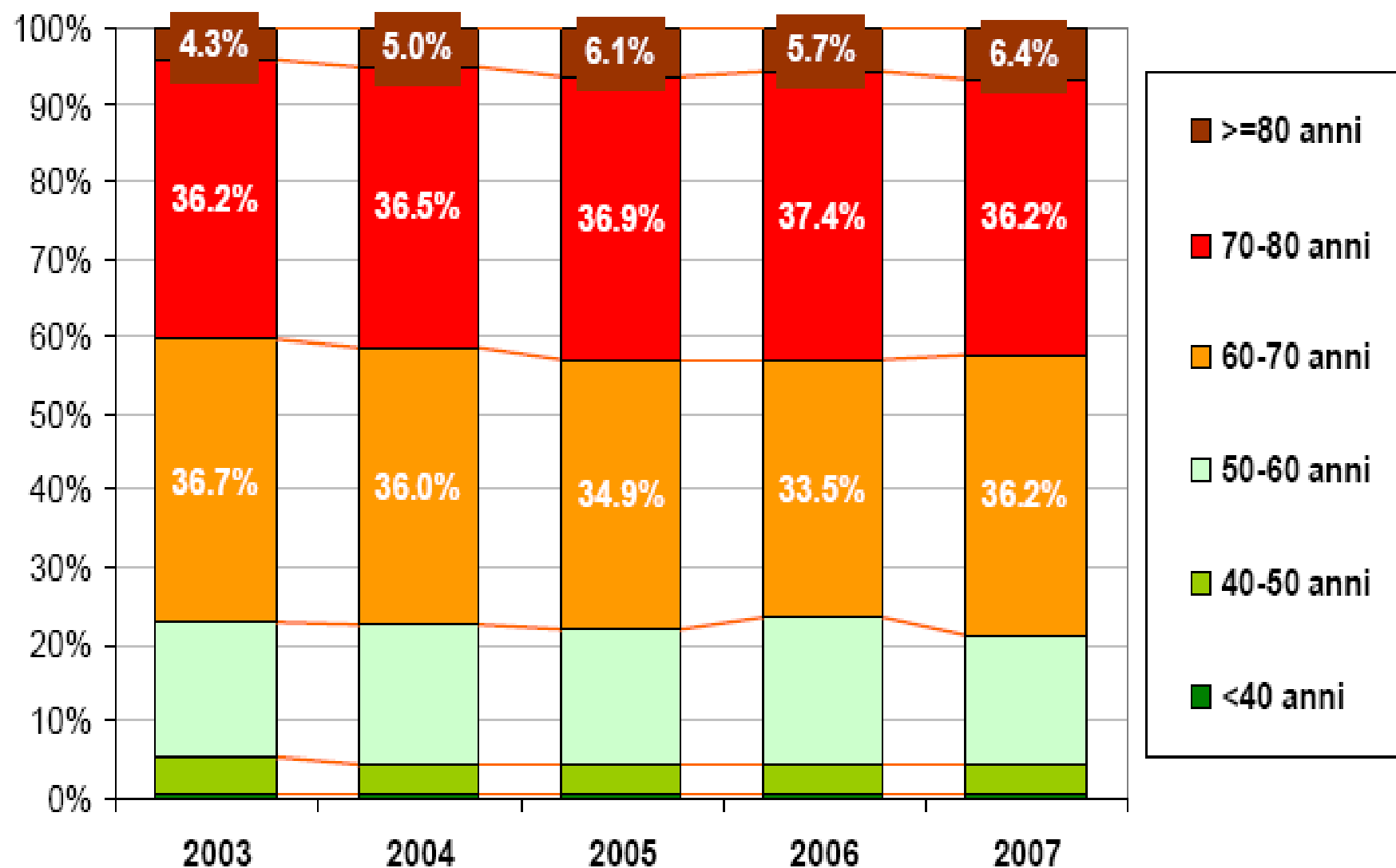
**Incremento delle
patologie
degenerative**

**Per il 2020 è previsto un picco di incremento
dell'incidenza delle malattie cardiovascolari**

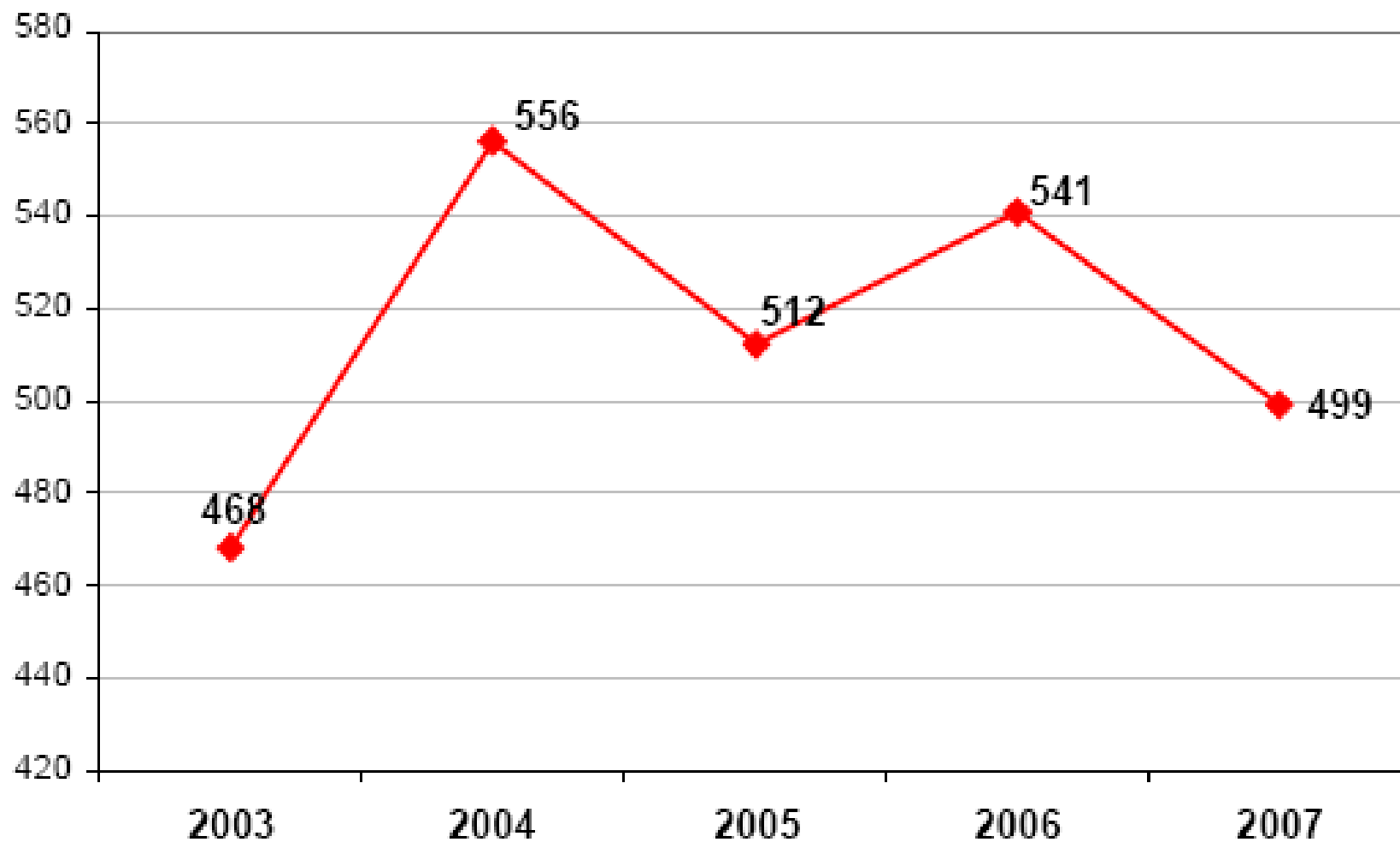
Trend n° di bypass isolati in RER, 2003-2007 (dati registro)



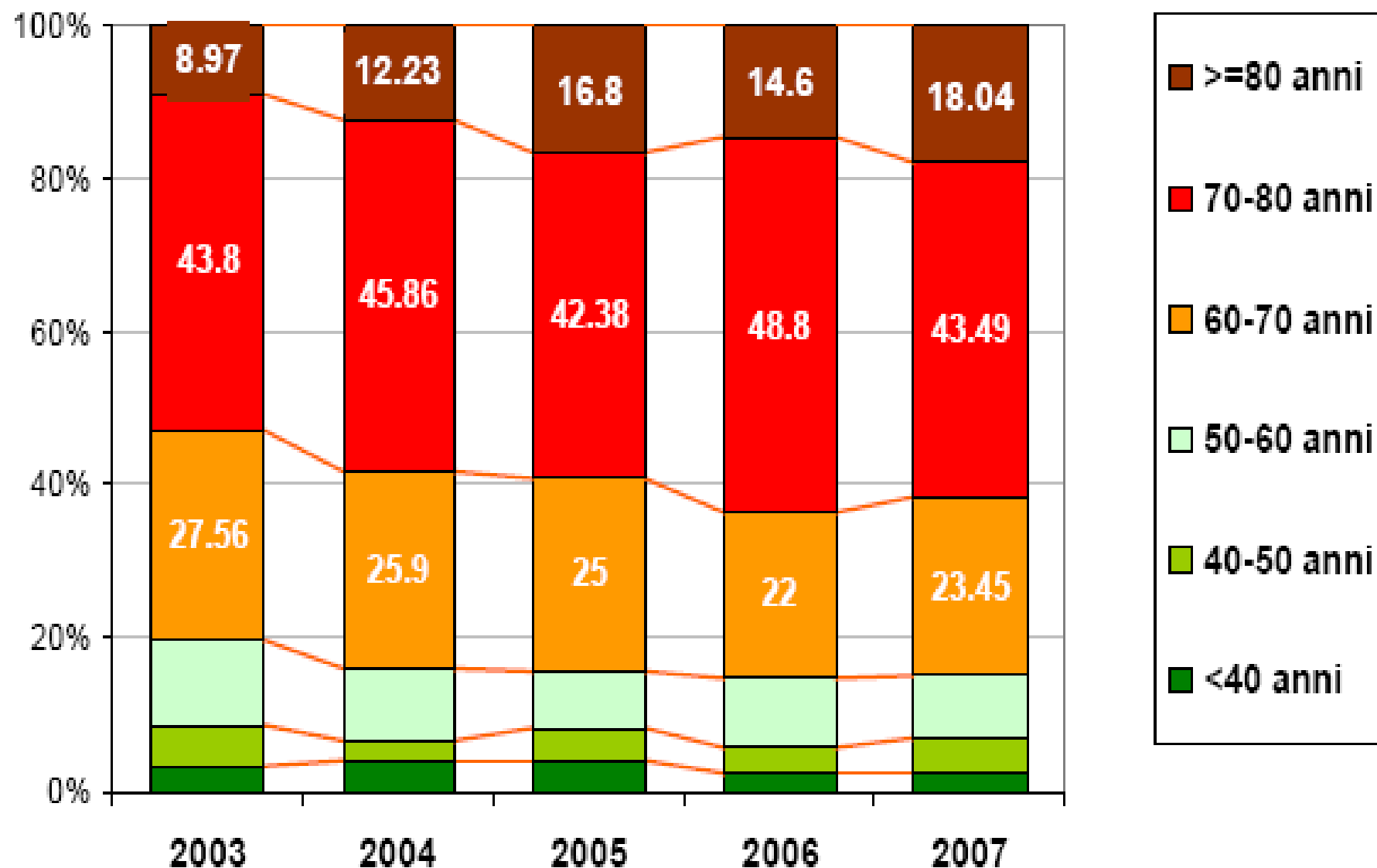
BYPASS ISOLATO: distribuzione per età dei pazienti, 2003-2007



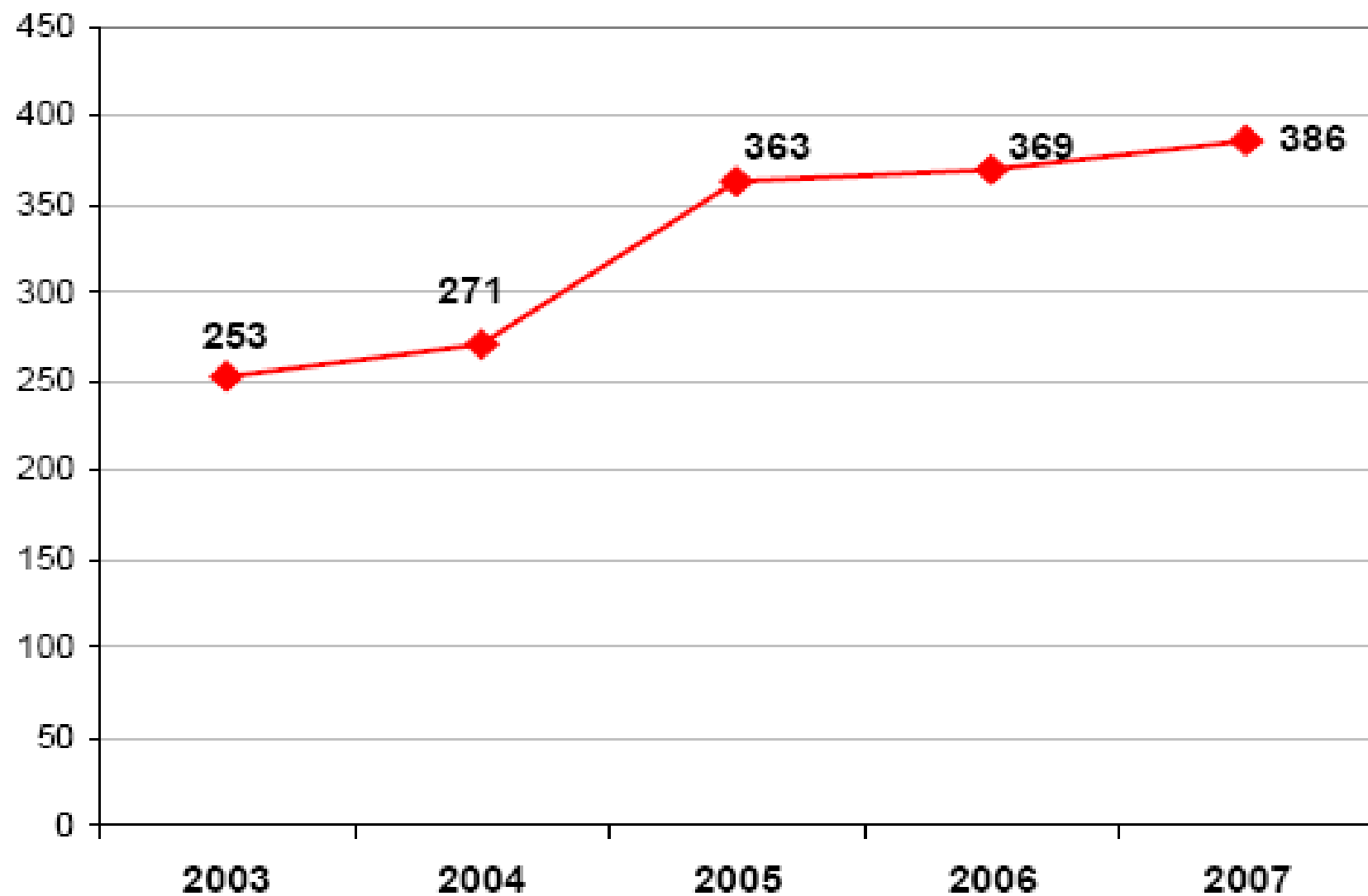
**Trend n° di Interventi Isolati su valvola aortica in RER,
2003-2007 (dati registro)**



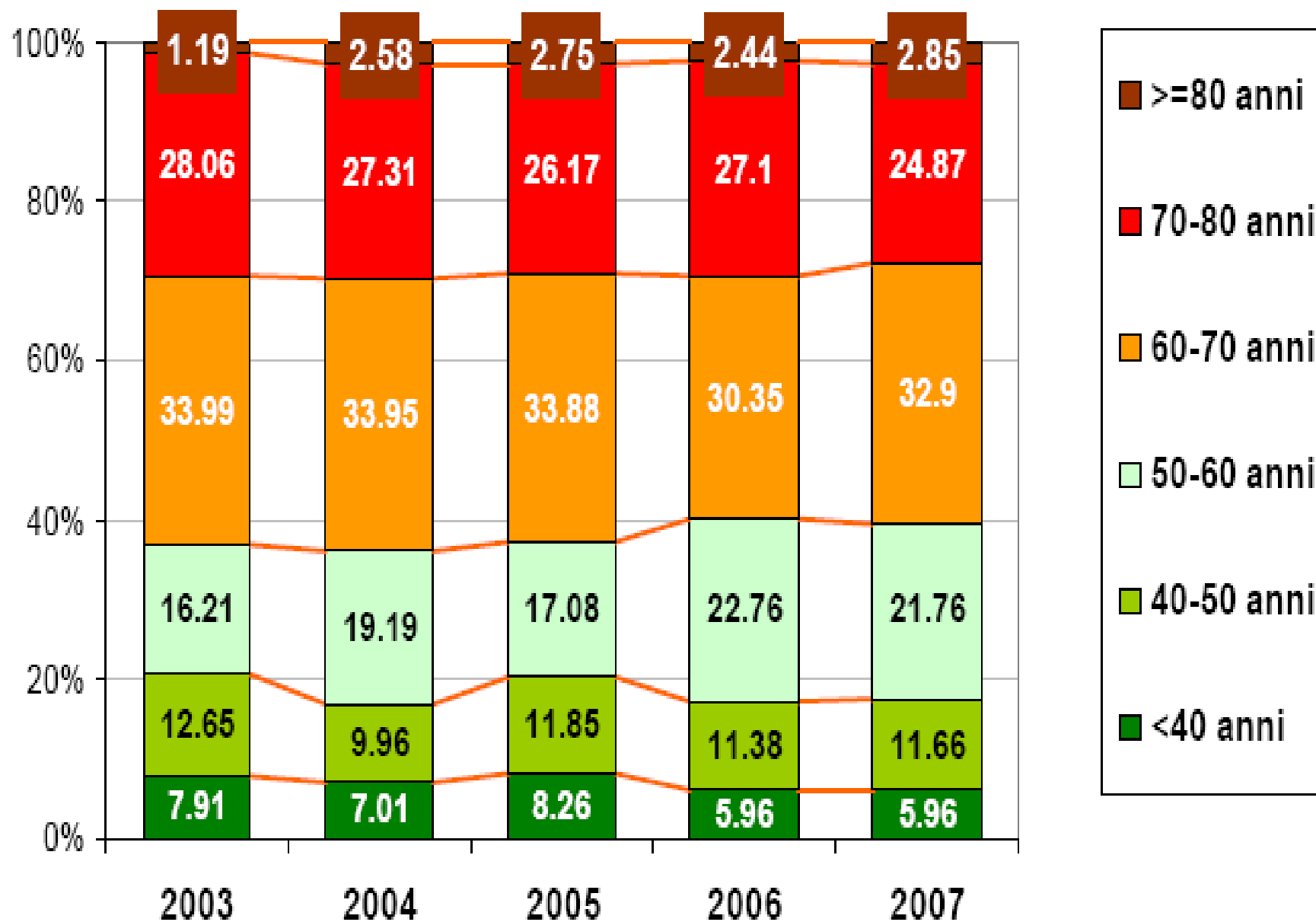
Interventi isolati su VALVOLA AORTICA: distribuzione per età, 2003-2007



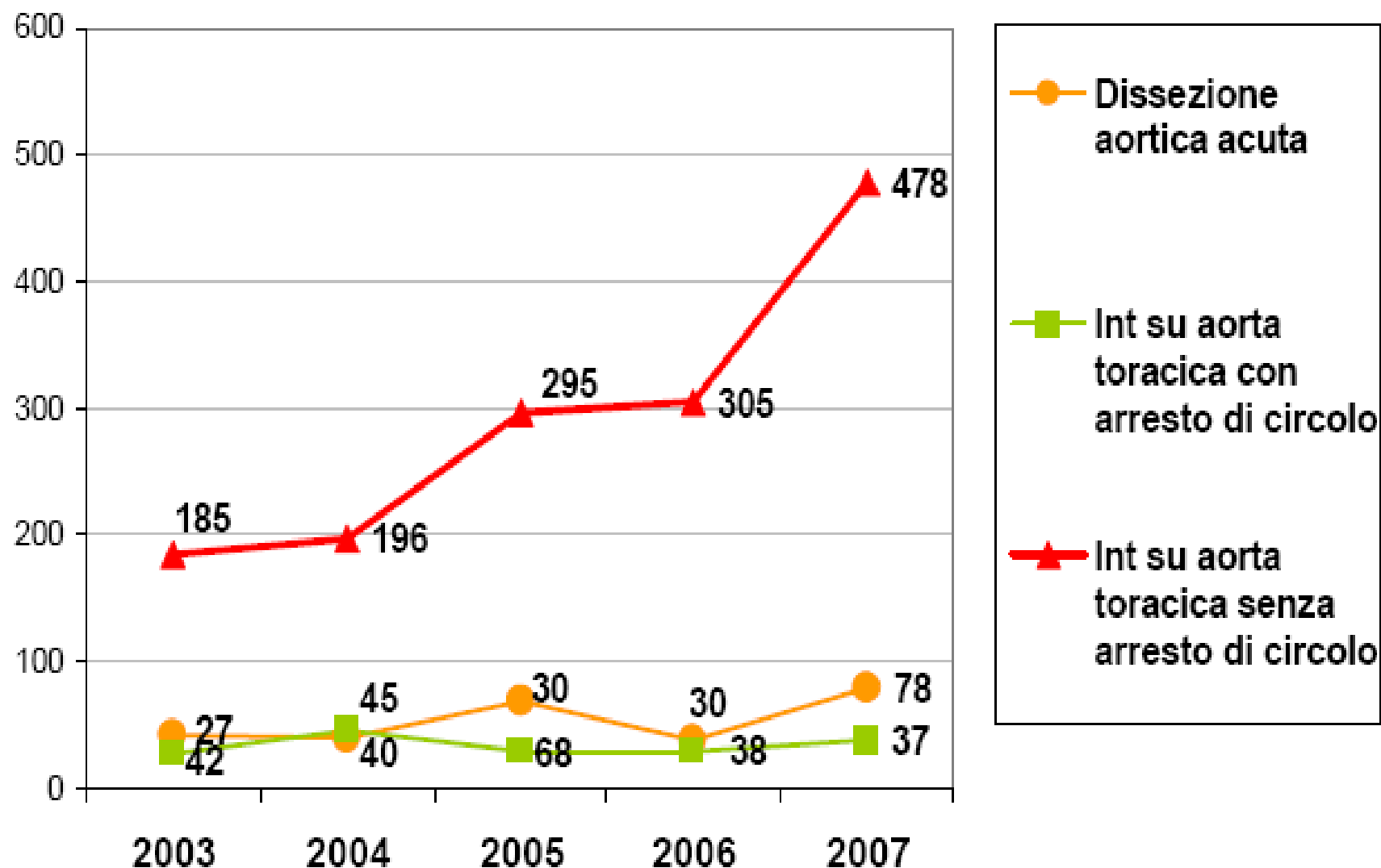
**Trend n° di interventi isolati su valvola mitrale in RER,
2003-2007 (dati registro)**



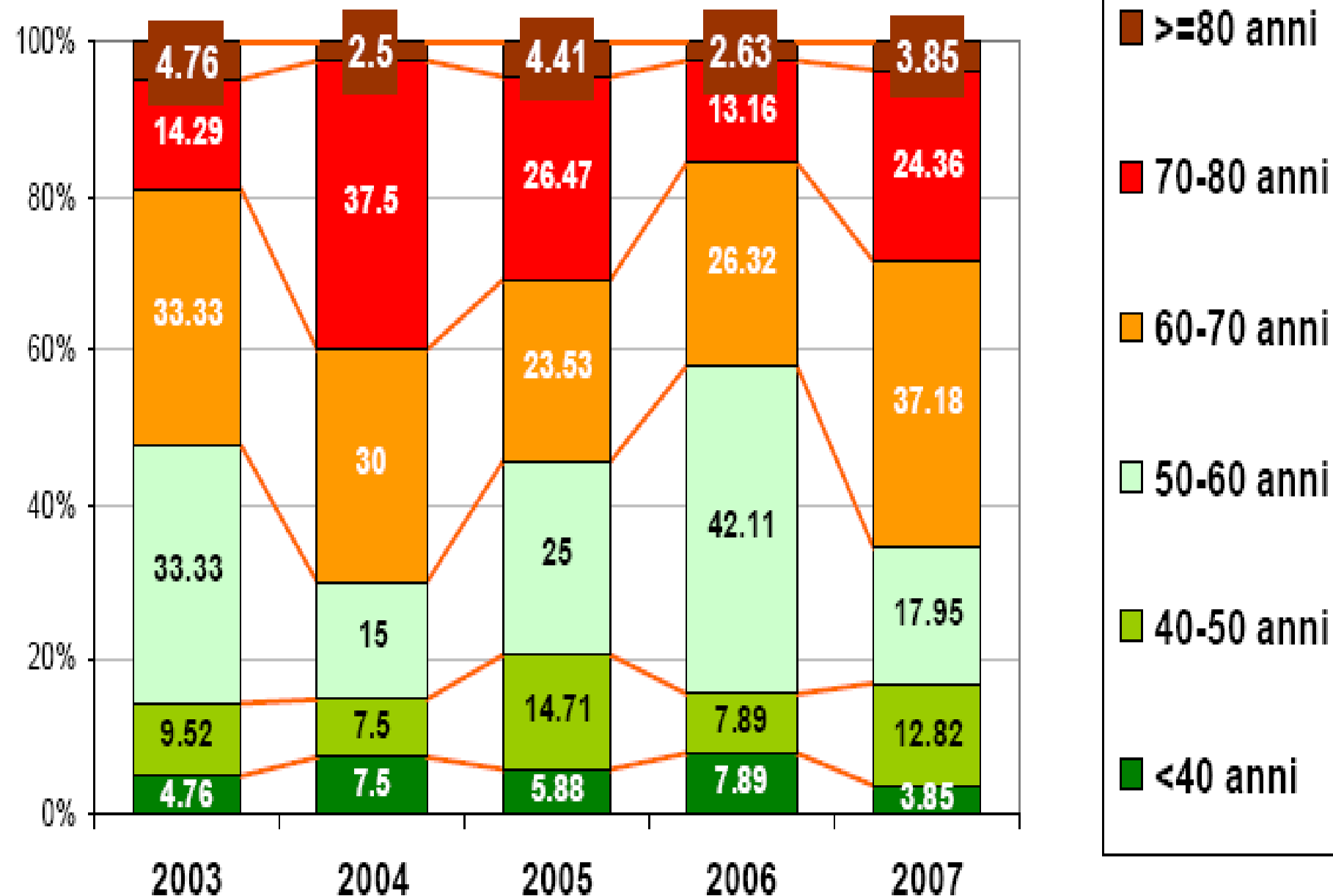
Interventi isolati su VALVOLA MITRALE: distribuzione per età, 2003-2007



Trend n° interventi su Aorta Toracica in RER, 2003-2007



Interventi per Dissezione Aortica Acuta: distribuzione per età,
2003-2007



Indicatori

Attività cardiologica e cardiocirurgica

Report 2010

Tab. 1 - Volumi di attività per Centri di Cardiocirurgia

Centri di Cardiocirurgia	2010	2009	variazione % 2010 vs 2009
SALUS HOSPITAL	230	243	-5,3
HESPERIA HOSPITAL	700	752	-6,9
VILLA TORRI	131	147	-10,9
VILLA MARIA CECILIA	1128	1186	-4,9
AOU PARMA	699	703	-0,6
AOU BOLOGNA	919	892	3,0

Indicatori

Attività cardiologica e cardiocirurgica

Report 2010

Tab. 2 - Volumi attività per tipologia di intervento

Tipo di intervento	2010	2009	variazione % 2010 vs 2009
Bypass isolati	1187	1291	-8,1
Bypass associati	21	24	-12,5
Valvole isolate	1393	1252	11,3
Valvole associate	125	147	-15,0
Valvole+Bypass	361	417	-13,4
Interventi per patologie CONGENITE	7	9	-22,2
Interventi sul PERICARDIO	77	82	-6,1
Interventi su Aorta isolati e/o combinati	546	596	-8,4
Endoprotesi aortiche	50	55	-9,1
Altri interventi cardiocirurgici	40	50	-20,0
Totale	3807	3923	-3,0

Indicatori

Attività cardiologica e cardiocirurgica

Tab. 9 - STEMI: Degenze mediane in giorni dell'episodio di cura - Solo ricoveri in RER

AUSL di Residenza	2009			2010		
	Me	Q1	Q3	Me	Q1	Q3
PIACENZA	7	5	15	6	5	9
PARMA	8	4	16	8	5	18
REGGIO EMILIA	8	6	12	8	6	12
MODENA	7	5	11	7	5	11
BOLOGNA	7	5	11	7	5	11
IMOLA	7	6	10	7	5	13
FERRARA	6	5	9	7	5	10
RAVENNA	6	5	9	6	5	8
FORLÌ	7	5	11	6	5	12
CESENA	7	5	9	7	5	10
RIMINI	5	4	6	5	4	6
Totale	7	5	11	7	5	11

Indicatori

Attività cardiologica e cardiocirurgica

Tab. 10 - SCA non STE: Degenze mediane in giorni dell'episodio di cura - Solo ricoveri in RER

AUSL di Residenza	2009			2010		
	Me	Q1	Q3	Me	Q1	Q3
PIACENZA	7	5	10	6	4	9
PARMA	8	5	14	8	5	16
REGGIO EMILIA	7	5	12	7	5	10
MODENA	6	4	9	6	4	9
BOLOGNA	7	4	11	7	5	12
IMOLA	6	5	10	7	5	13
FERRARA	6	5	9	6	5	10
RAVENNA	6	4	9	6	4	8
FORLÌ	6	4	9	6	4	9
CESENA	7	5	11	7	5	11
RIMINI	5	4	8	5	4	7
Totale	6	4	10	6	4	10



Meglio una piccola pausa !!!!!!!
02/11/12

Dai numeri alle riflessioni:

- E' aumentata la aspettativa di vita
- Aumentano i cardiopatici “ cronici”
- Aumentano i giovani con cardiopatie “ croniche”
- Diminuiscono le giornate di degenza nella fase acuta
- Aumenta l'eta' lavorativa

La Cardiologia Riabilitativa è un processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza.

La Cardiologia Riabilitativa si inserisce nel PERCORSO ASSISTENZIALE OSPEDALIERO del paziente cardiopatico subito dopo la fase acuta con i seguenti obbiettivi:

- Stabilizzazione clinica
- Stratificazione del rischio clinico mediante la valutazione delle comorbidita'
- Stratificazione del rischio cardiologico
- Addestramento al self management della patologia
- Valutazione dei care givers
- Definizione del programma di prevenzione secondaria
- Recupero occupazionale dove necessario
- Riaffidamento la Medico di Medicina Generale
- Inserimento in un programma di follow-up

Le componenti fondamentali della Card. Riabilitativa sono quindi:



Indicazioni alla C.R.

- post- IMA**
- post-BPAC**
- post-PTCA**
- cardiop. ischemica stabile**
- post-chirurgia valvolare**
- scompenso cardiaco cronico**
- post-trapianto cardiaco**
- post-chirurgia per cardiopatie congenite (nell'adulto)**
- AOCP**
- portatori di PM/ICD**

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

CARDIOLOG
O

INFERMIE
RI

FISIOTERAPISTI

PSICOLOGO

DIETISTA

MEDICO DEL LAVORO

CONSULENTI PER GESTIRE LE COPATOLOGIE

CARDIOLOGO

COORDINATORE

DELL'EQUIPE

INQUADRAMENTO DEL PAZIENTE RIGUARDO ALLA
CARDIOPATIA, ALLE COPATOLOGIE

VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO PER LE MCV

STABILIZZAZIONE CLINICA

CONTROLLO DELLE COMPLICANZE SUCCESSIVE ALLA
FASE ACUTA SPT NEI CARDIOOPERATI

TITOLAZIONE DELLA TERAPIA

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DEL PZ

02/11/12

INFERMIERE

Diverse infermiere collaborano per:

- Assistenza del pz in regime di R.O.
- assistenza in DH
- Gestione dell'ambulatorio per le ferite chirurgiche
- Counseling infermieristico (addestramento alla gestione della terapia, alla rilevazione e registrazione dei parametri vitali,)SELF-CARE
- valutazione dell'adeguatezza e addestramento del care-giver

FISIOTERAPISTA

Valutazione delle fragilita' del pz

Definizione di un programma di riattivazione funzionale

-addestramento all'attivit  motoria autogestita

PSICOLOGO

VALUTAZIONE DEL GRADO DI
ACCETTAZIONE DELLA
PATOLOGIA DA PARTE DEL PZ E
DEI FAMIGLIARI AATTRAVERSO
INCONTRI INDIVIDUALI O IN
BASE A QUANTO RIFERITO
NELLE RIUNIONI DI TEAM

DIETISTA

INCONTRI DI GRUPPO CON I
PAZIENTI A MINOR RISCHIO PER
COUNSELING DI
EDUCAZIONE ALIMENTARE

INCONTRI INDIVIDUALE PER I PZ A
MAGGIOR RISCHIO PER
PRESCRIZIONE DI DIETE
INDIVIDUALI

MEDICO COMPETENTE DEL LAVORO

- POSSIBILITA' DI RIPRESA
DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA
- DEFINIZIONE DELLE MANSIONI

Come si realizza la mutidisciplinarieta'


Ogni componente dell'equipe nello svolgere la propria attivita' riceve informazioni da parte del paziente

Queste informazioni vengono condivise nelle riunioni di team che si svolgono il lunedì e il giovedì.

Da questa rete di informazioni cliniche, comportamentali, familiari, lavorative e quant'altro si puo' scattare una foto del pz che ne precisa i bisogni e il conseguente PIANO RIABILITATIVO INDIVIDUALE DA ATTUARE COME OBBIETTIVO COMUNE DI TUTTA L'EQUIPE NEL RISPETTO DELLE PROPRIE SPECIFICITA'

IL PZ VIENE ANALIZZATO A 360 ° NEL SUO CONTESTO FAMILIARE E LAVORATIVO QUANDO ESISTE

02/11/12



**EACH PATIENT IS LIKELY TO
HAVE NEEDS IN COMMON
WITH OTHERS BUT WILL ALSO
HAVE INDIVIDUAL NEEDS.**

HARP (Hospital Admission Risk Program).

Chronic Heart Failure Working Party Report.

Australian Cardiac Society 2004

RIPRESA DEL LAVORO DOPO INFARTO MIOCARDICO

Autore	N° casi	Periodo di follow-up	Riabilitazione	Ripresa lavorativa %			
				3 mesi	6 mesi	1 anno	2 anni
Nagle (1971)	115	6 mesi	no	49			
Acker (1971)	160	non indicato	sì 75 no 85	89 77			
Brusoni (1973)	68	5 mesi	sì		93		
Kjoller (1976)	417	26 mesi	no				72
Palatsi (1976)	246	30 mesi	sì 122 no 124			38 33	
Messin (1978)	non specif.	12 mesi	sì no		86 53		
Rossi (1978)	114		sì	75			
Stuto (1978)	45	non indicato	sì 25 no 20	79 54			
Masini (1979)	174	42 mesi	no				60
Maisano (1979)	370	60 mesi					65-93
De Petra (1979)	98	3 mesi	sì	89			
Kraesemann (1979)	245	12 mesi	sì		33	81	
Grieco (1979)	71		sì	71			
Vecchio (1981)	267	12 mesi	sì 179 no 88		89 53	89 80	
Roquebrune (1985)	71	12-36 mesi	no			67	
Denolin (1981)	208	12 mesi	no			67	
Malinverni (1987)	353	12 mesi	sì		93		

Rientro al lavoro: il ruolo delle procedure riabilitative

- 7 studi non randomizzati hanno documentato un maggior rientro al lavoro di cardiopatici sottoposti ad un ciclo riabilitativo
(no differenze per IMA , CABG , PTCA)

Cardiac Rehabilitation , AHCPR , 1995

Ritorno al lavoro dopo Riabilitazione




Brusoni (Mi)	93%
Nardelli (Na)	90%
Maisano (Ud)	93%
Zanini (Vr)	86%
Schweiger (Rho)	91%
Tavazzi (PV)	90%
Rossi (Veruno)	75%
Mazzoleni (Monza)	93%
Chieffo (Caserta)	95%

Determinanti del rientro al lavoro


- variabili cliniche : 20%
 - estensione dell'IMA +
 - angina residua ++++
 - disfunzione ventricolare sx ++++
- variabili socio-economiche: 25-30%
- fattori sociali - psicologici : 50%

Determinanti del rientro al lavoro

- ***sociali/economici***

- appartenenza a classi sociali più favorite 
- livello di educazione elevato 
- difficoltà ad ottenere facilitazioni per un impiego più favorevole 

- ***psicologici:***

- motivazione del pz 
- disturbi emozionali
- iperprotezione familiare
- percezione di uno stress lavorativo elevato
- tempo trascorso dall'evento
- età
- instabilità sociale



Quindi l'equipe di Cardiologia Riabilitativa al Medico Competente puo' fornire informazioni riguardo:

Rischio clinico del Pz

- ischemico (eventuale esclusione dai turni di notte)
- aritmico (guida di mezzi pubblici, lavori in alto)
- recidiva di scompenso

Cardiopulmonary Exercise Testing in Cardiomyopathy



- 1) Diagnosis
- 2) Functional assessment
- 2) Marker of prognosis
- 3) Guide for the timing of heart transplantation
- 4) Functional parameter to verify response to therapy

Attività lavorativa e dispendio energetico

Molto leggera
(< 3 Met)

Att. impiegatizie, commesso in negozio, cameriere, guida di autocarro*. Manovra di una gru*

Leggera
(3-5 Met)

Riparare automobili, assemblare macchinari, riempire scaffali con oggetti leggeri, lavori leggeri in saldatura e carpenteria**, attaccare carta da parati**

Moderata
(5-7 Met)

Lavori di muratura esterna**, spalare la terra**, montare uno pneumatico**

Pesante
(7-9 Met)

Scavare un fossato**, scavare e spalare**

Molto pesante
(> 9 Met)

Taglialegna**, manovale**

* attenzione allo stress psicologico addizionale con incremento del carico lavorativo cardiaco.

** incremento significativo del VO_2 in caso di sforzo isometrico o uso delle braccia

Puo' inoltre collaborare,una volta ripresa l'attivita' lavorativa, :

- Valutazione psicologica dell'adattamento al recupero occupazionale
- Iniziale monitoraggio dell'andamento della FC o della PA durante attivita' lavorativa ove necessario

POSSIBILITA' QUINDI DI DEFINIRE PROTOCOLLI
CON IL SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO PER
IL RECUPERO OCCUPAZIONALE DEI PAZIENTI
CARDIOPATICI

COMPLETAMENTO DEL PERCORSO
ASSISTENZIALE











INCONTRI DI GRUPPO

- **MASSIMO 10 PERSONE**
- **CIRCOLARITA' DELLE INFORMAZIONI**
- **ASCOLTO- CONDIVISIONE**
- **RINFORZO DEL MESSAGGIO**
- **MEZZI AUDIO-VISIVI**



MISSIONE

IMPOSSIBILE

Missione impossibile



Grazie per l'attenzione