

MARIO MALLARDO



U.O.C .di Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica
OSPEDALE SAN GENNARO

L'importanza dell'aderenza ai trattamenti terapeutici: l'esempio delle malattie cardiovascolari

Dr M. Mallardo

Direttore U.O.C .di Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica
OSPEDALE SAN GENNARO

PROMUOVERE L'ATTIVITÀ FISICA: OBIETTIVO di SALUTE per TUTTI
Modificare i Comportamenti - Ridefinire i Percorsi Assistenziali –
Migliorare la Qualità di Vita

organizzato da: Gruppo di Lavoro SItI “Scienze Motorie per la Salute”, (GSMS)
Facoltà di Scienze Motorie dell'Università “Parthenope”

Napoli Complesso Monumentale di Villa Doria D'Angri
19-20 ottobre 2012

*Aderenza come processo attivo,
responsabile e flessibile di
autogestione e non la semplice rigida
osservanza di regole prescritte.*

OMS 2003



“La riabilitazione cardiologica è riconosciuta come il modello standard per il trattamento globale del pz cardiopatico in fase postacuta o cronica e costituisce il modello più efficace per la realizzazione di una prevenzione secondaria strutturata e a lungo termine”

da: linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria, 2006

Il Percorso Assistenziale nel Paziente post-SCA

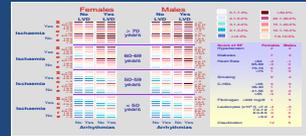
Gli Obiettivi del Cardiologo

- Consolidamento della stabilità clinica
- Riduzione del rischio di futuri eventi
- Gestione ottimale del paziente nel lungo periodo

La Rete per la gestione dei pazienti post-SCA

UTIC

Stratificazione prognostica



Rischio medio basso

Ambulatorio dedicato Day service

U.O.S.

Ambulatoriali

Ambulatorio Dedicato
Day-Service
Riabilitazione in DH

Protocolli
Diagnostico-Terapeutici

Territorio: MMG – Specialista

Rischio Alto

Degenza ordinaria Day hospital

U.O.C. Riabilitazione
Degenza Ordinaria

Indicazione alla Terapia Riabilitativa

“... La mando in riabilitazione
che le fanno fare un po' di
ginnastica...”

Componenti della Riabilitazione

Intervento omnicomprensivo che oltre al training fisico va:

- dalla stratificazione del rischio al tentativo di limitare la progressione della patologia
- dall'ottimizzazione della terapia medica all'indicazione chirurgica
- dall'informazione-educazione sanitaria al supporto psicologico ed al reinserimento lavorativo.

Programma educativo

Informazioni
sulla malattia

Controllo
disagio
psicologico

Adeguate
compliance
farmacologica

ESERCIZIO
FISICO

Autocontrollo peso
corporeo
e diuresi

Riconoscimento
sintomi

Modificazione
fattori rischio

Personale utilizzato dalle strutture per la prevenzione e la riabilitazione cardiovascolare

- Medici
- Infermieri
- Fisio-Terapisti della Riabilitazione





Attività Principali

Le attività principali che caratterizzano la Riabilitazione Cardiologica sono rappresentate da:

- Inquadramento Diagnostico e Valutazione Multidisciplinare
- Programma Riabilitativo Individuale
- Assistenza Infermieristica
- Terapia della Riabilitazione
- Supporto Psicosociale
- Supporto Nutrizionale
- Programmi Educazionali e Comportamentali volti al controllo dei fattori di rischio, della sintomatologia, della conoscenza della propria malattia e dell' uso corretto di terapie farmacologiche.

Accoglienza di palestra

- Conoscenza del pz.e valutazione del grado di indipendenza funzionale
- Informazioni al paziente sul programma di training fisico
- raccolta di notizie riguardanti:
 - attività lavorativa(manuale o non manuale)
 - abitudini dietetiche e comportamentali nell'alimentazione
 - abitudine al fumo
 - livello di attività fisica globale
 - stress eccessivo





Programma

- Training fisico
- Sedute collettive di educazione alla salute
- Incontri individuali mirati a dare al paziente il supporto psico-comportamentale, specifico, finalizzato al controllo dei fattori di rischio CV

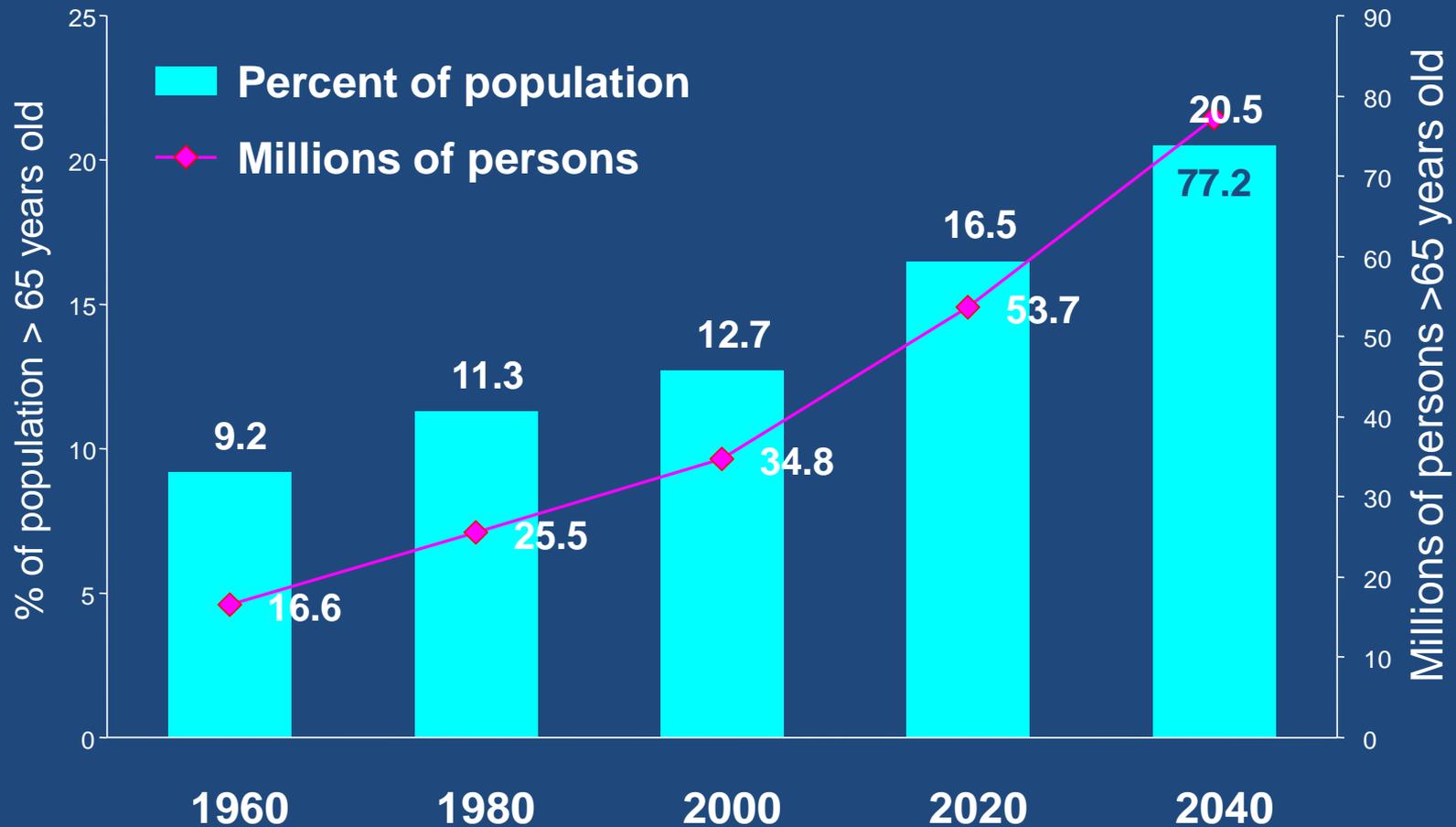
La nostra Palestra



Realtà cambiata

- Contesto ospedaliero (riduzione tempi di degenza in acuto, cardiocirurgia più spinta...)
- Ricoverati paz. con patologie più severe ed instabili
- Maggior clinicizzazione delle strutture di riabilitazione degenziale con necessità di:
 - adeguamenti tecnologici
 - mutamento delle problematiche mediche, dei programmi di recupero funzionale, dei test valutativi, delle finalità da perseguire

Projected Increases in the US Population >65 Years of Age.

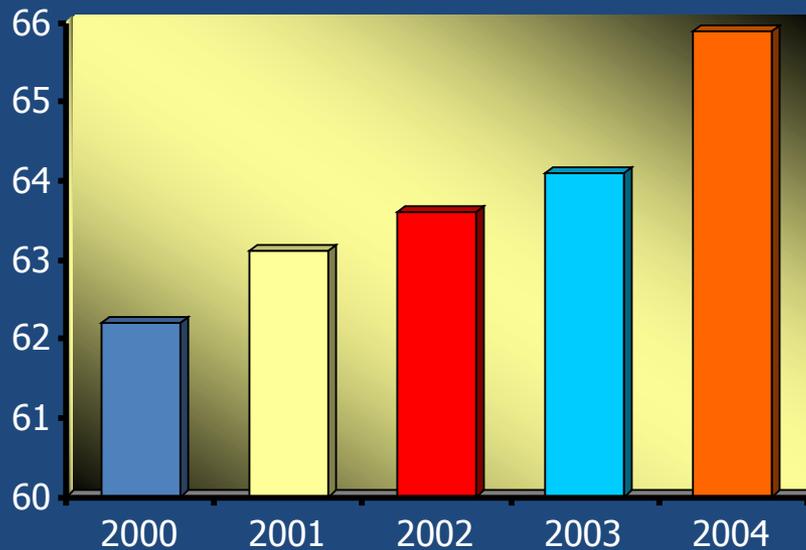


Data from the US Census Bureau. Redfield. *New Engl J Med* 2002; 347:1444

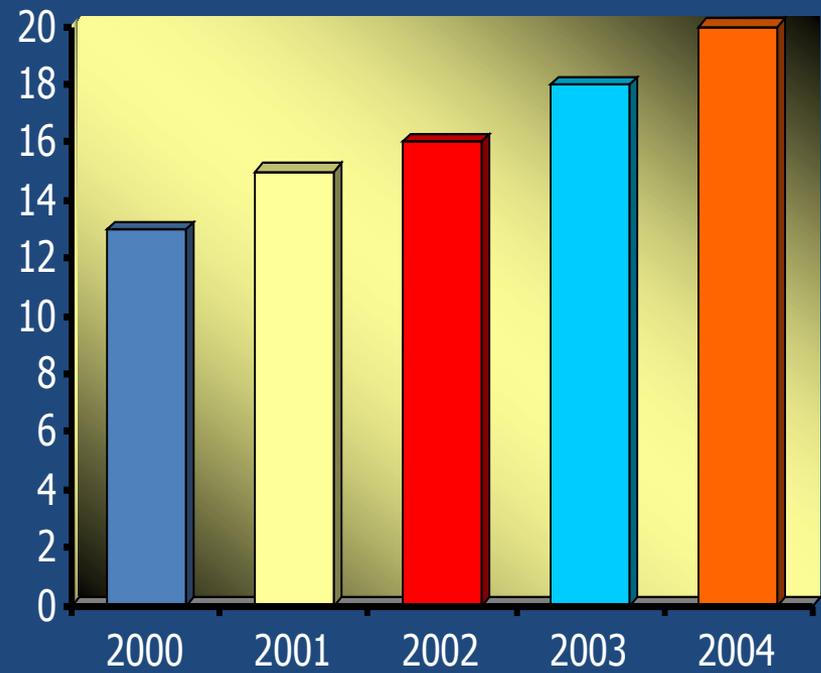
Changing Clinical Profile of Patients Entering Cardiac Rehabilitation

Dipartimento Cardioangiologia Riabilitativa FSM
N = 29996

Età Media (aa)



% Pazienti età > 75 aa

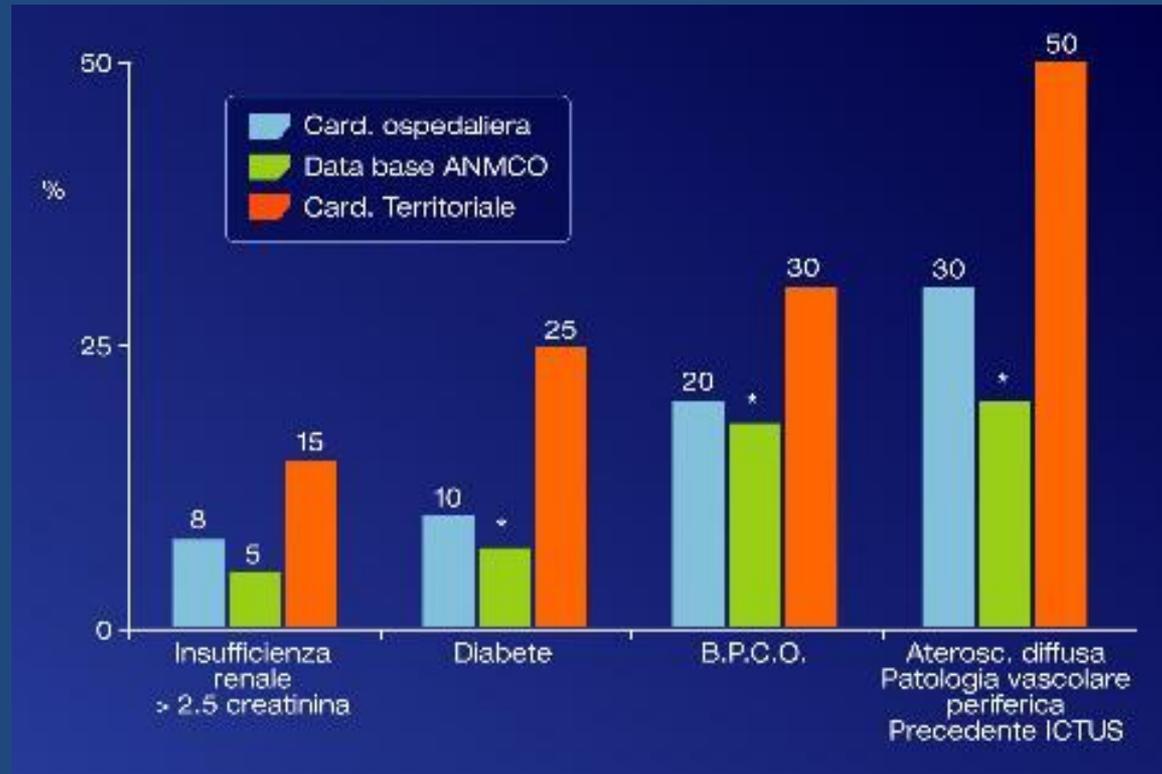


Esercizio Fisico negli infartuati anziani

L'incremento dell'età è caratterizzato da:

- ridotta tolleranza allo sforzo
- rallentata attività fisica quotidiana
- frequente concomitanza di patologie associate (Comorbilità)

COMORBILITA'



Dati epidemiologici in pazienti con insufficienza cardiaca (**confronto tra data base ANMCO, casistica ospedaliera, casistica di cardiologia ambulatoriale o di Day Hospital**): comorbilità. B.P.C.O.: broncopneumopatia cronica ostruttiva; * Dato non riportato.

TRAINING FISICO

TRAINING FISICO IN PAZIENTI CON AUTONOMIA MOTORIA LIMITATA

Sedute in Reparto giornaliere (30 min)

Mobilizzazione Passiva

- Stretching Passivo
- Mobilizzazione delle articolazioni

Mobilizzazione Attiva

- Esercizi Isometrici
- Esercizi Isotonici
- Deambulazione assistita



ENTITA' CARDIOPATIA

COMORBILITA'

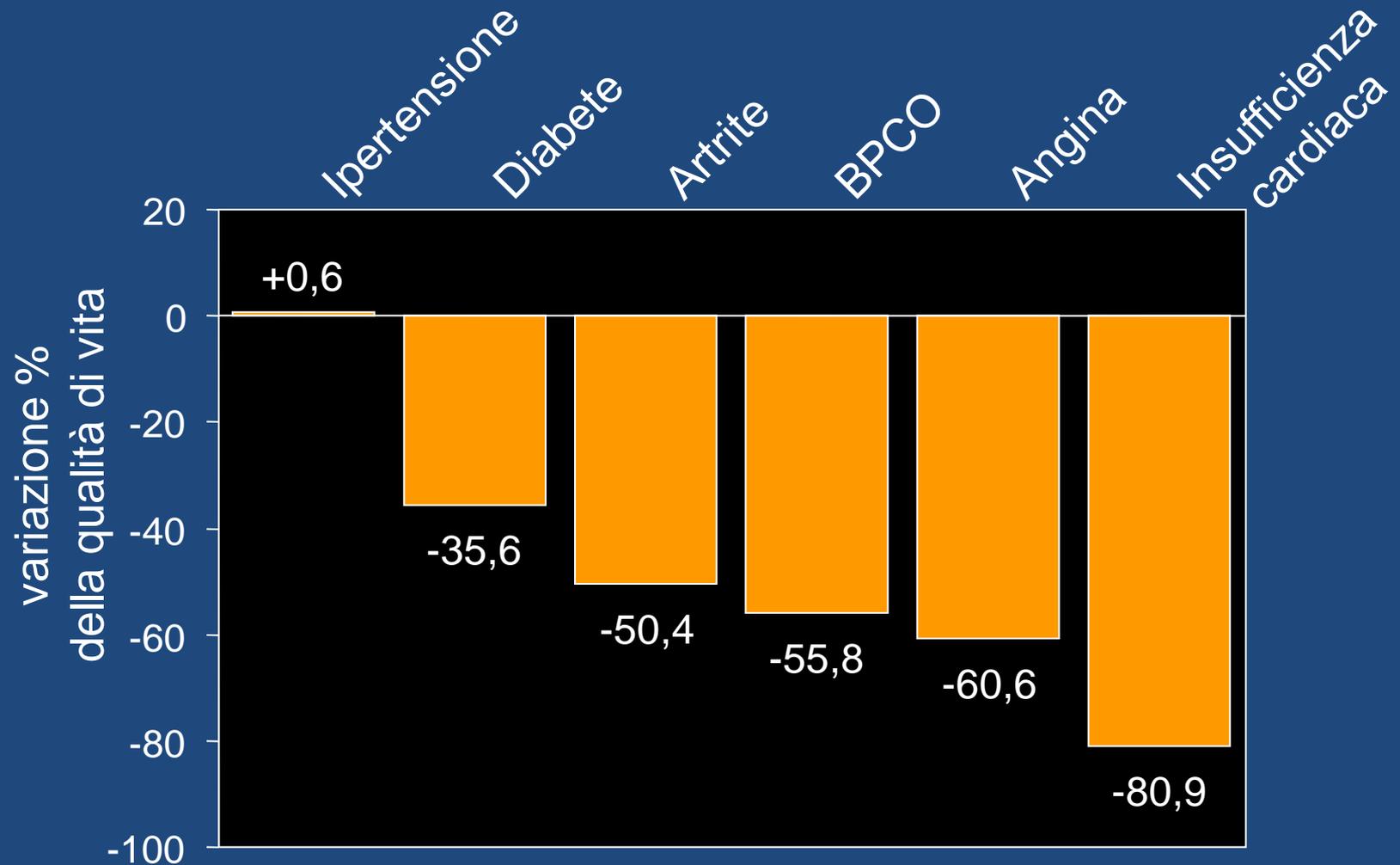
DISABILITA'

COMPLESSITA' CLINICA

Prevalenza (%) di patologie croniche e di limitazioni fisiche negli anziani

<i>Patologie croniche</i>	65-74 a.	75-84 a.	>85 a.
Ipertensione	72.9	82.0	79.0
Scompenso cardiaco	7.1	12.5	12.2
Arteriopatie periferiche	8.3	14.5	23.3
Malattie respiratorie	34.5	44.6	37.6
Malattie neurologiche	11.3	15.2	15.8
Parkinsonismo	14.9	29.5	52.4
Gonartrosi	27.4	34.1	43.7
 <i>Limitazioni fisiche</i>			
Incapacità di salire 1 piano di scale	8.8	16.6	23.0
Incapacità di camminare 0.8 Km	15.7	29.4	50.1
Riduzione del visus	7.2	13.0	37.7

Variazioni della Qualità di Vita in Differenti Malattie (Medical Outcomes Study)



(Stewart et al., JAMA 1989)

Recommendation for exercise training in chronic heart failure patients

*Working Group on Cardiac
Rehabilitation and
Exercise Physiology and
Working Group on Heart
Failure of the European
Society of Cardiology*

**European Heart Journal
2001, 22, 125-135**

RANDOMIZED TRAINING STUDIES

1. Coats et al. 1990
2. Jette et al. 1991
3. Koch et al. 1992
4. Meyer T. et al. 1991
5. Coats et al. 1992
6. Davey 1992
7. Giannuzzi et al. 1993, EAMI Study
8. Adamopoulos 1993
9. Belardinelli et al. 1995
10. Belardinelli et al. 1996
11. Hambrecht et al. 1995
12. Kiilavuori et al. 1995
13. Kiilavuori et al. 1996
14. Meyer K. et al. 1996
15. Meyer K. et al. 1997
16. Piepoli et al 1996
17. Magnusson et al. 1996
18. Hambrecht et al. 1997
19. Giannuzzi et al. 1997, ELVD Study
20. Belardinelli et al. 1999
21. Willenheimer et al 1998
22. Wielenga et 1999, CHANGE Study
23. Giannuzzi et. 2002 ELVD-CHF

Obbiettivi "su misura"

Interventi standardizzati

Modalità di erogazione flessibile



La Cardiologia Riabilitativa

- ***Sulla base delle evidenze scientifiche, l'OMS ha definito la Cardiologia Riabilitativa come processo multifattoriale ,attivo e dinamico che ha il fine di favorire la stabilità clinica,ridurre la disabilità conseguenti alla malattia e supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società. Essa concorre a ridurre successivi eventi cardiovascolari,a migliorare la qualità della vita ed incide in modo positivo sulla sopravvivenza, particolarmente attraverso i benefici effetti dell'esercizio aerobico.***

Dimissione e Continuità Assistenziale

Al termine del programma riabilitativo Il cardiologo compila la lettera di dimissione indirizzata al MMG che segue il paz., in cui riporta e/o allega gli esiti degli accertamenti, la terapia farmacologica le indicazioni a cui dovrà attenersi il paziente al rientro a domicilio, per un corretto stile di vita.

Il programma di training personalizzato da effettuare costantemente

La nostra UO consiglia di ripetere il periodo in DH annualmente , soprattutto nei paz. più complessi

Riabilitazione in pazienti con CAD

- 48 Trials randomizzati post-MI, PTCA, CABG
- 8.840 pazienti
- Follow-up > 6 mesi

Endpoint	Diff Media %	IC 95 %	Significatività
Mortalità Totale	-20	-7% ÷ -32%	P=0.005
Mortalità Cardiaca	-26	-10% ÷ -29%	P=0.002
IM non fatale	-21	-43% ÷ 9%	P=0.150
CABG	-13	-35% ÷ 16%	P=0.400
PTCA	-19	-51% ÷ 34%	P=0.400

CONCLUSIONI

Il controllo del paz. da parte di tutte le figure professionali coordinate permette di:

Rimanere costanti nelle terapie farmacologiche

Perseverare nei cambiamenti di stile di vita (astensione dal fumo, peso forma, controllo dei valori di PA , glicemia , colesterolo, ecc)

Continuare l'attività fisica quotidiana o settimanale

Programmare i controlli clinico strumentali

LE STRUTTURE DI RIFERIMENTO

Strutture Riabilitative Ospedaliere con Degenza:

- Ordinaria
- in Day-Hospital



• Strutture senza Degenza:

- Ambulatori Dedicati
- Day-Service



MMG

CONCLUSIONI

- L'aderenza alla terapia medica (secondo le linee guida), associata al mantenimento dell'attività fisica costante ed alla correzione dei fattori di rischio riduce morbidità e mortalità nei pazienti cardiopatici.
- Il percorso virtuoso della rete ospedale territorio permette di seguire il paz e coordinare le correzioni alla terapia e migliorare la qualità di vita.

CONCLUSIONI

Su queste basi, gli effetti favorevoli della riabilitazione cardiologica e della prevenzione non possono più essere ignorati. I principali effetti comprendono:

- riduzione della mortalità, e soprattutto di morte improvvisa nel primo anno dopo infarto miocardico;
- miglioramento della tolleranza allo sforzo, dei sintomi di angina e di scompenso;
- miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare;
- migliore qualità di vita;
- più frequente ritorno al lavoro;
- maggiore autonomia funzionale con riduzione della dipendenza e disabilità.



GRAZIE

