

# Il Decreto dell'Assessorato della Salute della Regione Sicilia "Raccomandazioni Regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo un ricovero per evento cardiologico"

## *The Health Department of Sicily "Regional recommendations for hospital discharge and communication with patients after admission due to a cardiologic event" Decree*

Maurizio Giuseppe Abrignani<sup>1</sup>, Giovanni De Luca<sup>2</sup>, Michele Gabriele<sup>3</sup>, Nidal Tourkmani<sup>4</sup>

**ABSTRACT:** *The Health Department of Sicily "Regional recommendations for hospital discharge and communication with patients after admission due to a cardiologic event" Decree. M.G. Abrignani, G. De Luca, M. Gabriele, N. Tourkmani.*

Mortality and rehospitalizations still remain high after discharge for an acute cardiologic event. In this context, hospital discharge represents a potential pitfall for heart disease patients. In the setting of care transitions, the discharge letter is the main instrument of communication between hospital and primary care. Communication, besides, is an integral part of high-quality, patient-centered interventions aimed at improving the discharge process. Inadequate information at discharge significantly affects the quality of treatment compliance and the adoption of lifestyle modifications for an effective secondary prevention.

The Health Department of Sicily, in 2013, established a task force with the aim to elaborate "Regional recommendations for hospital discharge and communication with patients after admission due to a cardiologic event", inviting to participate GICR-IACPR and many other scientific societies of cardiology and primary care, as discharge letter and communication are fundamental junctions of care transitions in

cardiology. These recommendations have been published as a specific decree and contain:

- a structured model of discharge letter, which includes all of the parameters characterizing patients at high clinical risk, high thrombotic risk and low risk according to the Consensus document ANMCO/GICR-IACPR/GISE; is thus possible to identify these patients, choosing consequently the most appropriate follow-up pathways. A particular attention has been given to the "Medication Reconciliation" and to the identification of therapeutic targets;
- an educational Kit, with different forms on cardiac diseases, risk factors, drugs and lifestyle;
- a check-list about information given to the patient and caregivers.

The "Recommendations" represent, in conclusion, the practical realization of the fruitful cooperation between scientific societies and political-administrative institutions that has been realized in Sicily in the last years.

**Keywords:** *acute coronary syndrome, care transitions, heart failure, hospital discharge, patient education, physician-patient communication.*

*Monaldi Arch Chest Dis 2014; 82: 93-104.*

<sup>1</sup> *Unità Operativa di Cardiologia, P.O. S. Antonio Abate di Trapani.*

<sup>2</sup> *Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Servizio 5 - Qualità, Governo Clinico, Sicurezza dei pazienti, Assessorato della Salute, Regione Sicilia.*

<sup>3</sup> *U.O. di Cardiologia, P.O. Vittorio Emanuele II, Castelvetro.*

<sup>4</sup> *Casa di Cura Villa L'Ulivo - Carmide, Catania.*

Corresponding author: Dott. Maurizio Giuseppe Abrignani; Via F. Crispi 6, 91025 Marsala, Italy; Rel: 347-7712005, E-mail address: [maur.abri@alice.it](mailto:maur.abri@alice.it)

### Il contesto epidemiologico

Nonostante gli innegabili successi ottenuti negli ultimi anni nel trattamento delle sindromi coronariche acute, con la considerevole riduzione della mortalità intraospedaliera, la prognosi nei mesi immediatamente successivi al ricovero rimane ancora insoddisfacente: secondo i dati dello studio ANMCO BLITZ 4-Qualità [1] la mortalità dalla dimissione a sei mesi è sovrapponibile a quella intraospedaliera nei pazienti con infarto miocardico acuto a ST sopraslivellato, e addirittura doppia rispetto a

quella osservata durante la degenza nei pazienti con infarto miocardico acuto a ST non sopraslivellato. Lo stesso fenomeno è confermato da dati internazionali [2], che riportano che la mortalità post-dimissione dei pazienti con infarto miocardico è in incremento. Anche nei pazienti dimessi dopo un episodio di instabilizzazione di scompenso cardiaco la mortalità nei mesi successivi è molto elevata [2], come pure alta è l'incidenza di re-ospedalizzazioni per recidive di scompenso cardiaco [4] o sindromi coronariche acute [5]. Si tratta di migliaia di eventi cardiovascolari potenzialmente evitabili, con altissime

conseguenze in termini di vite umane e sofferenze personali, che comportano, tra l'altro, un incremento dei costi per il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Le motivazioni di questo fenomeno sono numerose e diverse: elevata età media dei pazienti; presenza di numerose comorbidità; eccessiva contrazione dei tempi di degenza, dovuta a pressioni di tipo economico-gestionale verso un accentuato turnover, che porta sia a una non adeguata stratificazione del rischio e a una non corretta impostazione dei percorsi del follow up successivo, sia alla dimissione di pazienti con stabilizzazione clinica a volte non completa e terapia non adeguatamente ottimizzata, ma soprattutto che non hanno ben compreso quanto loro accaduto. Vi sono inoltre problematiche sociali e cognitive, con conseguente scarsa aderenza ai trattamenti farmacologici e ai consigli sullo stile di vita raccomandati dalle linee guida in quanto associati a una significativa riduzione del rischio: entro sei mesi da un ricovero per sindrome coronarica acuta oltre il 30% dei pazienti sospende le terapie prescritte e oltre il 60% dei pazienti che hanno smesso di fumare riprende a farlo, e ambedue i parametri sono predittori indipendenti di mortalità [6, 7]; anche nella popolazione (oltre 18000 pazienti in terapia farmacologica ottimizzata) dello studio OASIS 5 [8] si è rilevato, a 6 mesi dalla dimissione dopo una sindrome coronarica acuta, un rischio 3,8 volte superiore di morte, infarto o ictus in coloro che avevano ripreso a fumare e non seguivano le indicazioni su dieta ed attività fisica rispetto ai pazienti ad esse aderenti. Un aspetto particolarmente critico sembra quello terapeutico: molti pazienti ricoverati hanno già un trattamento farmacologico cronico e al rientro a domicilio sono frequenti le embrazioni tra cura abituale e nuova prescrizione, con rischio d'inefficacia o effetti collaterali. Un ultimo aspetto importante è rappresentato dalla difficoltà d'interazione e scambio d'informazioni tra cardiologo ospedaliero, medico di Medicina Generale, cui i pazienti dimessi vanno in prima istanza indirizzati, e cardiologi delle strutture ambulatoriali o di Cardiologia Riabilitativa.

### La dimissione ospedaliera come momento critico

In tal senso, il momento della dimissione è divenuto cruciale, costituendo, sia per il paziente sia per il sistema sanitario, una potenziale criticità e una significativa condizione di vulnerabilità [9]. Attualmente, il passaggio tra degenza ospedaliera e rientro a domicilio sembra quindi contrastare con l'efficacia dell'organizzazione del ricovero nella fase acuta, in quanto non è altrettanto strutturato sotto il profilo della qualità e non garantisce adeguatamente quella continuità assistenziale [10] tra diversi professionisti (intra- ed extra-ospedalieri) e tra i diversi livelli di assistenza che rappresenta uno dei principali obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale secondo il Piano Sanitario Nazionale 2011-13 [11] che auspica, a tal fine, programmi di dimissione assistita dall'ospedale previa identificazione dei percorsi. Questo vale in particolare nel cardiopatico, caratterizzato, quasi sempre, dalla presenza di una malattia cronica, che necessita di terapie continuative e di controlli pe-

riodici. Anche le recenti linee guida sulla prevenzione cardiovascolare della Società Europea di Cardiologia [12] pongono come strategico, per la riduzione del rischio di eventi (raccomandazione di classe 1, livello B), che la dimissione dei pazienti con malattie cardiovascolari avvenga secondo una modalità strutturata per la gestione ottimale del percorso post-dimissione. Le American College of Cardiology Guidelines Applied in Practice per le sindromi coronariche acute hanno identificato le modalità di dimissione da attuare secondo un protocollo standardizzato (discharge contract) [13]. Un'analisi Cochrane [14] ha invece analizzato gli studi relativi ai programmi di dimissione strutturati per valutare se essi migliorino l'utilizzo appropriato delle cure e se abbiano effetti sui costi sanitari. I risultati depongono per una riduzione dei tassi di re-ospedalizzazione, mentre non sono sufficientemente indicativi i dati sulla prognosi, per cui ogni conclusione risulta, al momento arbitraria, anche se la tendenza sembra verso un effetto favorevole, nonostante la grande disomogeneità degli interventi attuati [14].

La non pianificazione di un follow-up adeguato e personalizzato sulla base delle caratteristiche del soggetto e della patologia e la mancata messa a punto di un programma di prevenzione secondaria strutturato costituiscono, quindi, un vero e proprio vulnus organizzativo [10]. Se la dimissione non viene inclusa tra le attività "strategiche" del percorso di cura, infatti, il trattamento in acuto, per il quale sono state impegnate considerevoli risorse umane ed economiche, rischia di produrre un effetto circoscritto all'immediatezza dell'atto terapeutico, senza consolidarsi in risultati duraturi [10]. È pertanto indispensabile dedicarvi tempo e risorse, creando una vera e propria *cultura della dimissione* attraverso l'adozione di una metodologia comune e rigorosa, in modo da realizzare un miglioramento della qualità organizzativa [10, 15].

A tale proposito bisogna prioritariamente distinguere due aspetti fondamentali, differenti tra loro ma interconnessi, relativi alla dimissione ospedaliera dopo un evento acuto (non solo per cardiopatia ischemica o per scompenso cardiaco, ma potenzialmente per qualsiasi acuzie o procedura cardiologica). Il primo, incentrato in particolare sulla lettera o relazione di dimissione, riguarda la continuità (e omogeneità) assistenziale, elemento fondamentale per assicurare la qualità delle cure e l'utilizzo razionale delle risorse; il secondo è quello relativo alla comunicazione rivolta al paziente e ai suoi caregiver [15].

### La lettera di dimissione

La letteratura internazionale ha, da tempo, focalizzato la sua attenzione sul problema della comunicazione tra ospedale e cure primarie, ponendo la lettera di dimissione come uno degli snodi irrinunciabili all'ottimizzazione del trasferimento delle informazioni, in quanto un inaccurato passaggio di notizie influenza negativamente la continuità della cura [9, 10]. La lettera di dimissione come principale, se non unico, strumento informativo costituisce il primo anello di congiunzione tra cardiologo

ospedaliero, cardiologo del territorio e medico di Medicina Generale, che dovrà mantenere/rinforzare i messaggi educativi forniti al paziente e ai familiari durante il ricovero. Società scientifiche [16] e organismi istituzionali, come la Joint Commission International [17] (Tabella 1), hanno esercitato, negli ultimi anni, un forte richiamo affinché la lettera di dimissione potesse diventare uno strumento sempre più efficace, completo e fruibile.

Ancora oggi, purtroppo, molte lettere di dimissioni sono invece poco comprensibili (il linguaggio è spesso ipertecnico, con l'uso di molti acronimi), a volte prolisse, altre incomplete, in alcuni casi contraddittorie (il medico di Medicina Generale può trovarsi in difficoltà di fronte a discrepanze tra quanto riferito dal paziente e dai familiari e quanto riportato sul documento) e con una leggibilità scadente tra il 10 ed il 50% dei casi [18]. A fronte, infatti, di Centri in cui il Cardiologo ha a disposizione una cartella clinica informatizzata che permette la composizione semiautomatica della relazione di dimissione, vi sono strutture in cui questa facility non è disponibile e le lettere di dimissione vengono scritte addirittura a mano. Spesso sono fornite scarse informazioni sulla titolazione delle dosi al fine del raggiungimento dei target terapeutici, sul follow-up, sulla stratificazione prognostica. Le attuali lettere di dimissioni dei vari reparti cardiologici sono inoltre disomogenee, poiché non sono definiti i contenuti minimi da garantire. È evidente che una siffatta tipologia di lettera di dimissione non crea collegamenti tra Ospedale e Territorio, in quanto spesso non vengono indicate le principali informazioni che un medico di Medicina Generale desidera ricevere [18]: il counselling fornito al paziente e ai familiari, il risultato dei test diagnostici, il nome del referente ospedaliero, la terapia alla dimissione, la diagnosi principale e il follow-up programmato. Un'ulteriore criticità è rappresentata dal fatto che, pur in presenza di una completezza ottimale delle informazioni fornite, non è detto che il medico di Medicina Generale sia in grado di interpretare il profilo di rischio che i parametri clinici, strumentali o bioumorali indicano, per cui è opportuno il supporto dei centri di Cardiologia Riabilitativa e degli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, pubblici o accreditati.

## La comunicazione con il paziente

Per la sua stessa natura, però, la lettera di dimissione non può essere strumento esclusivo di relazione col paziente, in quanto essendo rivolta a un medico è caratterizzata dai contenuti propri della comunicazione sanitaria [10].

Se le dinamiche relazionali sono determinanti ai fini di una buona pratica clinica lungo l'intero percorso di cura, vi sono alcuni snodi in cui il personale sanitario ha la piena responsabilità di una corretta comunicazione, perché questo impatta significativamente sulla qualità assistenziale [9]. Uno di questi momenti critici è proprio quello della dimissione dall'ospedale [15], quando il paziente si trova a essere improvvisamente responsabile della gestione di farmaci per lui nuovi e a dover monitorare autonomamente una sintomatologia o del tutto sconosciuta (come nel caso del primo evento di malattia), o non necessariamente ben nota anche se preceduta da altri episodi di ricovero, per evidenziarne tempestivamente un eventuale peggioramento [9, 19].

Nonostante la degenza ospedaliera dopo un evento acuto rappresenti il momento di massima disponibilità del paziente ad ascoltare notizie e a ricevere indicazioni sulla sua malattia e sulle modalità di cura [10, 20], le informazioni fornite alla dimissione sono invece spesso caratterizzate da notizie frettolose (uno studio osservazionale condotto su diversi reparti ospedalieri ha evidenziato come le dimissioni si effettuassero in stanze piccole e rumorose, affollate da operatori differenti che facevano cose diverse; le porte erano spesso aperte e in assenza di un orario prestabilito per la dimissione il tempo da dedicarvi risultava condizionato da altre urgenze e priorità [21]) e talvolta contraddittorie, limitate nei contenuti, non adeguate ai bisogni individuali ma spesso basate su raccomandazioni generiche, empiriche e poco incisive (ad esempio: resti a riposo a casa, eviti sforzi fisici intensi ed emozioni, si attenga a una dieta ipocalorica ed ipolipidica, rimanga sotto controllo medico...), col risultato che da parte del paziente può non essere stato pienamente compreso cosa è avvenuto durante il ricovero e come recuperare o mantenere il migliore stato di salute possibile [9, 10]. Le informazioni fornite riguardano quasi esclusivamente tutto ciò che è proibito (fumo,

Tabella 1. - Le indicazioni della Joint Commission International [17]

Un'organizzazione sanitaria deve:

- possedere una politica che guida la dimissione o l'invio del paziente ad altro professionista sanitario o ad altra struttura sanitaria, esterni all'organizzazione, fondata sullo stato di salute del paziente, sulla necessità di proseguire il trattamento e determinata in base all'utilizzo dei relativi criteri o indicazioni a garanzia della sicurezza del paziente. Laddove opportuno, i familiari sono coinvolti nel processo di pianificazione della dimissione in funzione dei bisogni del paziente. (Standard ACC. 3);
- collaborare con i professionisti sanitari e gli enti esterni per garantire la tempestività e l'appropriatezza delle dimissioni e degli invii dei pazienti (Standard ACC.3.1);
- garantire che la lettera di dimissione sia archiviata in cartella clinica, che una copia sia consegnata al paziente, che una copia sia messa a disposizione del professionista sanitario responsabile della continuità delle cure del paziente o del suo follow up (Standard ACC. 3.2);
- garantire che la lettera di dimissione sia completa e contenga il motivo del ricovero, le diagnosi e le comorbidità, l'obiettività fisica riscontrata e gli altri accertamenti significativi, le procedure diagnostiche e terapeutiche eseguite, la terapia farmacologica significativa, compresa la terapia alla dimissione, le condizioni/stato del paziente alla dimissione, le istruzioni di follow-up (Standard ACC 3.2.1).

dieta ecc.) mentre poco tempo viene dedicato a illustrare quello che vuole sapere in realtà il paziente, secondo un'indagine condotta dal personale infermieristico dell'Ospedale Careggi di Firenze [10]: cosa gli è successo, come cambierà la sua vita, se sarà malato per sempre, se l'evento acuto può riaccadere, come riconoscere i sintomi, quando recarsi in ospedale, che dieta seguire, se può guidare, se può praticare attività sessuale, che tipo di esercizio fisico fare, se è indispensabile smettere di fumare, se può assumere alcolici, se è necessario prendere tutti i farmaci e per quanto tempo, quali sono i loro possibili effetti collaterali, quando tornare al lavoro, quali esami praticare. Le informazioni sulla terapia farmacologica sono frequentemente delegate all'interpretazione del paziente di quanto riferito a voce da un medico o dall'infermiere, o a quanto riportato nella lettera di dimissione [22]. La letteratura disponibile sottolinea come in genere meno del 50% dei pazienti sia in grado di ripetere la diagnosi comunicata e di elencare il nome dei farmaci prescritti, le loro azioni terapeutiche e i loro effetti collaterali [10, 19, 23]. Questa insufficiente comunicazione fa sì che facilmente il nuovo schema terapeutico non sia compreso e, al rientro a domicilio, venga intersecato arbitrariamente con terapie già assunte in passato, aspetto frequentemente ignorato [10]. A questo proposito l'accurata registrazione e comparazione di tutti i farmaci presi prima del ricovero con quelli assegnati alla dimissione (la cosiddetta *medication reconciliation*) è uno dei temi su cui viene posta particolare attenzione da parte della Agency for Healthcare Research and Quality [24]. Al di là dei contenuti, la stessa modalità comunicativa è spesso inadeguata; si passa a volte da un atteggiamento tranquillizzante (*abbiamo risolto il suo problema*) ad uno terroristico.

Se i pazienti venissero sistematicamente inviati a programmi di riabilitazione e/o prevenzione secondaria strutturata, che includono il completamento del programma di cura, l'ottimizzazione e la verifica dell'aderenza alla terapia e l'impostazione della prevenzione a lungo termine, molti dei problemi sopra elencati sarebbero efficacemente affrontati [10]. Tuttavia va ricordato che i pazienti che vengono indirizzati alle strutture di Cardiologia Ria-

bilitativa dopo un ricovero per sindrome coronarica acuta in Italia sono tuttora una minima parte (meno del 18% nel registro Blitz 4-Qualità [1]), e che i pochi pazienti avviati a programmi ambulatoriali rientrano al proprio domicilio dopo la dimissione per poi essere ammessi dopo giorni o settimane al programma riabilitativo, risultando quindi esposti ai rischi precedentemente descritti [10].

## Il documento regionale

Noi cardiologi abbiamo sempre lamentato la distanza delle Istituzioni dai percorsi clinico-organizzativi consigliati dalle evidenze scientifiche. Tuttavia nella nostra Regione, da alcuni anni, si sta assistendo a un percorso virtuoso di collaborazione tra un lungimirante Assessorato della Salute e le associazioni scientifiche, che ha già contribuito all'adozione di vari Decreti Assessoriali, come ad esempio quello sulla Rete della Cardiologia Riabilitativa [25].

Sulla scorta di tutte le precedenti considerazioni, l'Assessorato della Salute della Regione Sicilia, ha pertanto istituito, nel febbraio 2013, un gruppo di lavoro ad hoc (Tabella 2), allo scopo di elaborare le "*Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico*", invitandovi a partecipare il GICR-IACPR insieme a diverse altre società cardiologiche e della Medicina Generale. Essendo, infatti, la lettera di dimissione e la comunicazione snodi fondamentali della continuità assistenziale in ambito cardiologico, il lavoro svolto ha richiesto la partecipazione di tutte le componenti dell'assistenza medica al paziente cardiopatico (e delle relative società di settore): i cardiologi delle strutture ospedaliere universitarie pubbliche e accreditate che dimettono i cardiopatici acuti, i medici di medicina generale, veri gestori del paziente nella sua unicità, i cardiologi delle strutture riabilitative, essenziali nell'immediato percorso del paziente post-acuto e i cardiologi ambulatoriali, necessari supporti dei curanti nel follow-up del cardiopatico cronico.

Il gruppo di lavoro ha individuato quale popolazione target del documento i "pazienti adulti con patologia cardiologica acuta che vengono dimessi a domicilio o inviati a un'altra struttura sanitaria,

Tabella 2. - Composizione del Gruppo di lavoro:

<b>Giuseppe Murolo</b> - Servizio 5 Qualità Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti - DASOE - Assessorato della Salute
<b>Giovanni De Luca</b> - Servizio 5 Qualità Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti - DASOE - Assessorato della Salute
<b>Maurizio G. Abrignani</b> (su delega del Presidente Regionale ANMCO Sicilia)
<b>Marco Di Franco</b> (Segretario Regionale ANCE)
<b>Michele Gabriele</b> (su delega del Delegato Regionale GICR-IACPR)
<b>Salvatore Gibiino</b> (su delega del Presidente dell'Associazione Regionale ARCA)
<b>Pietro Ignazio Marino</b> (Presidente regionale SNAMID)
<b>Giuseppe Miranda</b> (Delegato Sicilia Occidentale SICOA)
<b>Salvatore Novo</b> (su delega del Presidente Regionale SIC Sicilia)
<b>Luigi Spicola</b> (Presidente Direttivo Regionale SIMG)
<b>Giuseppe Greco</b> (Presidente della Consulta Regionale della Sanità, Cittadinanzattiva)

esterna all'organizzazione che li dimette". Le Raccomandazioni sono invece rivolte agli operatori delle UU.OO. di Cardiologia e delle strutture cardiologiche territoriali (Cardiologia Riabilitativa, ambulatori di prevenzione secondaria, ecc), ai medici di Medicina Generale e alle Direzioni Aziendali.

La prima attività del gruppo è stata una ricognizione dell'attuale modalità di dimissione cardiologica, effettuata richiedendo ai singoli presidi ospedalieri regionali una copia anonima della prima lettera di dimissione consegnata nel 2013. I risultati di questa survey, illustrati nella Figura 1, non sono stati in verità molto incoraggianti, ma hanno nel contempo evidenziato la necessità di lavorare su questo tema; inoltre, è plausibile aspettarsi, in una successiva survey programmata dopo un adeguato margine temporale dalla pubblicazione del documento, un considerevole margine di miglioramento.

Si è proceduto quindi a una serie di riunioni formali e di continui contatti telefonici o per posta elettronica che ha portato alla elaborazione finale di un documento il cui obiettivo è quello di migliorare la qualità della dimissione dei pazienti cardiologici identificando una strategia operativa che renda possibile soddisfare tutti i requisiti per una buona dimissione in un tempo adeguato ma inevitabilmente breve. Pertanto sono stati messi a disposizione dei professionisti e dei pazienti i seguenti strumenti operativi:

- un modello strutturato di lettera di dimissione;
- un kit di materiali educativi per la prevenzione secondaria cardiovascolare da unire alla lettera, costituito da diverse schede, redatte in un linguaggio semplice e comprensibile (informazioni generali sulle malattie cardiache, sui fattori di rischio, sul riconoscimento dei sintomi, su quando rivolgersi al curante o al DEA, sul calendario dei controlli di follow-up, sui farmaci prescritti, sulla loro importanza, sugli eventuali effetti collaterali, sulla necessità di non interrompere il trattamento, su dieta, esercizio fisico, fumo, stress, attività lavorativa, guida autoveicoli ed altro) (di cui un esempio è in Figura 2);
- una check-list sulle azioni da intraprendere per un adeguato intervento informativo-educativo su paziente e caregiver che, debitamente compilata, costituirà parte integrante della cartella clinica del paziente ricoverato per un evento cardiologico.

Il documento finale, con i suoi allegati, è stato oggetto di uno specifico Decreto Assessoriale, già pubblicato [26] e scaricabile dal sito dell'Assessorato [27].

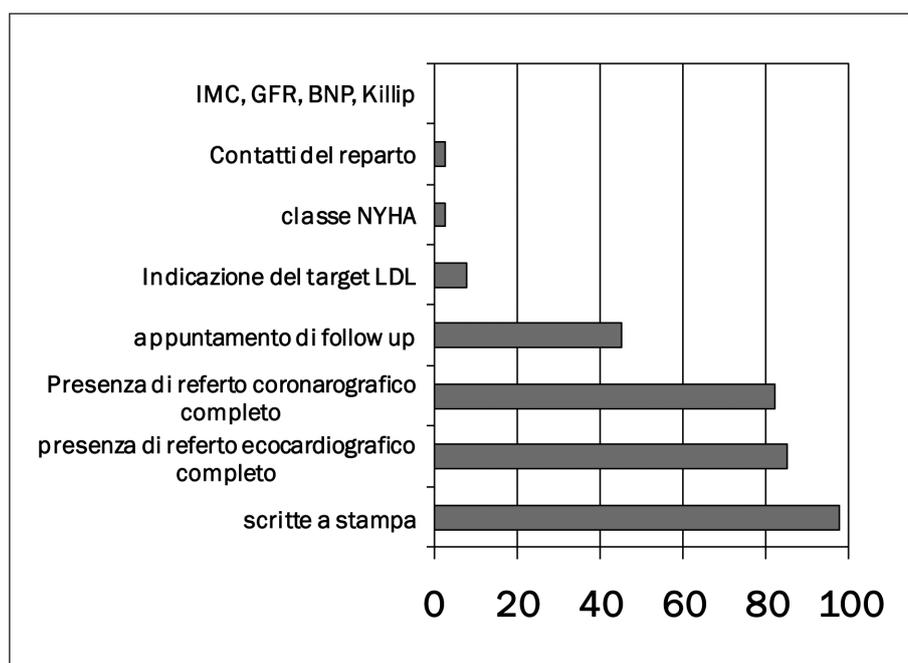


Figura 1. - Criticità delle lettere di dimissione in Sicilia antecedentemente al Decreto.

### Le indicazioni di massima per la dimissione cardiologica secondo il documento

#### a) la lettera di dimissione

La lettera di dimissione deve fornire una panoramica, concisa ma completa, del decorso ospedaliero ed essere comprensibile e omogenea. Identificare un minimo di informazioni standard cliniche, bioumorali e strumentali (*Minimal Data Set*), contenente anche alcuni criteri interpretativi dei parametri segnalati, costituisce un inevitabile compromesso tra la completezza dei dati da fornire e la necessità di semplificare da un lato la fase di compilazione per il Cardiologo dell'U.O. e la sua fruibilità per il medico di Medicina Generale e il Cardiologo del territorio dall'altro.

Si è stabilito che il modello di lettera di dimissione da proporre dovrà essere composto da una parte generale, valida per tutte le tipologie di pazienti cardiopatici, e da sezioni specifiche riguardanti singole patologie come lo scompenso cardiaco o la cardiopatia ischemica.

Si è convenuto che la lettera di dimissione dovrebbe essere rivolta in prima istanza al medico di Medicina Generale e consegnata in copia al paziente (una lettera così configurata, presente nella documentazione clinica, potrebbe rappresentare una fotografia rapida ed efficace della sua situazione in occasione dell'ultima dimissione ospedaliera, utile da consultare anche in occasione dei controlli cardiologici ambulatoriali o di un nuovo accesso al Dipartimento di Emergenza per riacutizzazione di malattia) e dovrebbe essere corredata di una serie di allegati relativi agli esami strumentali e di laboratorio, utili alla successiva gestione specialistica clinica e riabilitativa, ambulatoriale o degenziale, e di raccomandazioni pratiche e consigli sullo stile di vita per la prevenzione cardiovascolare secondaria rivolte allo stesso paziente (kit educativo).

### G. SCHEDA STRESS

Lo stress è una reazione dell'organismo alle sollecitazioni e ai cambiamenti imposti dall'ambiente (agenti stressanti). I sintomi dello stress sono: cefalea, ansia, eccessivo appetito o inappetenza, bruciore di stomaco, impazienza, sudorazione, depressione, eccessivo uso di alcool, bassa autostima, aumento del fumo, eccessive preoccupazioni, problemi sessuali, sbadattaggine, accettazione passiva degli incidenti. Lo stress ha un ruolo importante nelle malattie cardiache. Aumenta la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e la glicemia ed è direttamente responsabile dei danni alle pareti dei vasi.



e positive della propria vita.

Tuttavia lo stress non è ineluttabile ed è possibile controllarlo: la chiave di volta è prima riconoscere gli agenti stressanti, che sono numerosi e diversi da persona a persona, poi cambiare le modalità di risposta. Può essere possibile modificare gli orari della propria giornata e rifiutare gli impegni non necessari (ho veramente esigenza di trovarmi in questa situazione? È evitabile? Qualcun altro può sostituirmi?). Se non modificabili, gli agenti stressanti possono però essere considerati e accettati. Occorre modificare il modo di pensare e riflettere su essi. In altre parole si può accettare ciò che non si può cambiare. Vanno inoltre evidenziate tutte le cose buone

#### Tecniche di auto-controllo e di prevenzione

- La respirazione profonda è la tecnica più comune per ridurre lo stress. È utile applicarla per pochi minuti al giorno.
- L'esercizio fisico quotidiano, rilassante, piacevole e confortevole, è una seconda misura efficace.
- Individuare una fase della giornata da dedicare al relax.
- Dedicare al sonno un buon numero di ore.



Figura 2. - Esempio di scheda del Kit educativo.

Si è concordato che sarebbe preferibile l'utilizzo di una forma di lettera a carattere strutturato (per completezza, leggibilità, concisione e facilità di individuare informazioni importanti), comunque con l'obiettivo della presenza di una serie di item irrinunciabili nel caso si optasse per una forma documentale narrativa. È particolarmente importante sottolineare che nel modello proposto, consultabile sul sito dell'Assessorato [27] ed eventualmente personalizzabile dalle singole UU.OO. di Cardiologia, sono inclusi tutti i parametri che caratterizzano i pazienti ad alto rischio clinico, ad alto rischio trombotico e basso rischio secondo il documento di Consensus ANMCO/GICR-IACPR/GISE [28]; in tale

maniera è anche possibile consigliare i percorsi di follow-up più appropriati a seconda della stratificazione del rischio.

Secondo il decreto, la lettera di dimissione del paziente cardiologico dovrebbe riportare, come requisiti minimi essenziali:

1. una diagnosi precisa e una sintesi della storia clinica del paziente (compreso il motivo del ricovero), dell'iter diagnostico-terapeutico espletato, delle eventuali complicanze e patologie concomitanti significative e dello stato clinico generale (fragilità), segnalando in particolare i problemi attivi al momento della dimissione. È indispen-

sabile riportare il valore della frazione di eiezione, e, nel caso di pazienti con scompenso cardiaco, dei peptidi natriuretici atriali, possibilmente al momento del ricovero ospedaliero e alla dimissione; un relativo schema interpretativo di massima del profilo di rischio espresso da entrambi i dati rappresenta un'informazione utile per comprendere se il paziente sia migliorato durante il ricovero, che livello di stabilità abbia raggiunto e quale sia il suo rischio di re-ospedalizzazione per scompenso.

2. Una descrizione chiara e accurata del rischio residuo del paziente e della sua prognosi.
3. La capacità funzionale, il tipo di esercizio che si può praticare e l'eventuale necessità di astensione dal lavoro secondo le normative vigenti.
4. Un'evidenziazione sintetica dei fattori di rischio rilevati e la proposta degli interventi adottabili per un'efficace correzione di stili di vita insalubri (alimentazione, esercizio fisico, sospensione del fumo). Vanno indicati, in particolare, il valore del colesterolo LDL, il peso corporeo alla dimissione e l'indice di massa corporea.
5. La terapia farmacologica alla dimissione, con indicazioni per la titolazione e i target desiderati (es. colesterolo LDL, pressione arteriosa, emoglobina glicata); occorre indicare per ogni principio attivo la posologia, la modalità d'assunzione e la durata del trattamento, e specificare la prescrizione di nuovi farmaci, le variazioni di dose e frequenza di farmaci già assunti e l'interruzione di terapie precedenti, indicandone i motivi. L'accurato elenco dei farmaci è essenziale, poiché ha un impatto diretto sul management del paziente ed è un importante fattore per la sua sicurezza. Va indicata la motivazione dell'eventuale non prescrizione di farmaci raccomandati dalla Linee Guida. Va segnalato il rispetto delle note AIFA (la legislazione siciliana prevede in maniera esplicita che il medico prescrittore indichi il regime di eventuale rimborsabilità; la mancata osservanza di tale punto è sanzionabile per legge). È ovviamente possibile consigliare, quando motivato, l'uso di farmaci al di fuori delle note AIFA o anche off label secondo le normative vigenti e informando il paziente per iscritto che il farmaco non è a carico del SSN (cfr. art. 1.3 del D.A. 19/09/2005, GURS 42 del 7 ottobre 2005 e successive modifiche). È infine necessario che, prima di lasciare l'ospedale, si provveda alla fornitura del primo ciclo di terapia e alla certificazione necessaria per le esenzioni ticket. Sarebbe inoltre opportuno invitare il medico di Medicina Generale a controllare l'aderenza, fornendo le motivazioni di eventuali modificazioni terapeutiche nella relazione d'invio a controllo cardiologico.
6. Indicazione del follow-up post-dimissione: va fornito un preciso appuntamento per il primo controllo cardiologico da programmare al mas-

simo a un mese, senza necessità di ricetta del Servizio Sanitario Nazionale. Il percorso di prevenzione secondaria e cardiologia riabilitativa va prescritto includendo interventi multidisciplinari (per fumatori, diabetici, obesi). Il piano regionale della Cardiologia Riabilitativa [25] aveva precedentemente indicato i criteri per l'accesso alle strutture degenziali limitatamente ai pazienti ricoverati per:

- intervento di rivascularizzazione miocardica o per valvulopatia, trapianto cardiaco o chirurgia vascolare, in particolare in presenza di scompenso cardiaco (classe NYHA superiore alla II o frazione di eiezione < 35%), aritmie iper-ipocinetiche severe, necessità di terapia infusiva, recidive ischemiche precoci o altri fattori instabilizzanti, dimessi tardivamente dopo prolungata degenza in rianimazione o terapia intensiva, con complicanze evento-correlate, con presenza o riacutizzazioni di comorbilità severe (neurologiche, renali, ematologiche, pneumologiche), o con difficoltà logistiche, ambientali e socio assistenziali). I rimanenti pazienti possono essere sottoposti ad un breve ricovero (della durata di circa 3 giorni);
- scompenso cardiaco: classe NYHA III-IV alla dimissione, refrattari alla terapia convenzionale, con persistente necessità di terapia infusiva, con instabilità elettrica, con indicazione a ottimizzare la terapia farmacologica in presenza di labilità clinica, dopo ricovero prolungato o complicato, in valutazione per indicazione a trapianto cardiaco, sottoposti a impianto di device o con potenzialità di recupero clinico funzionale.

Tutti gli altri pazienti dovrebbero essere inviati, in base alle condizioni cliniche e alla disponibilità sul territorio, alle strutture ambulatoriali di Cardiologia Riabilitativa, intensive ed estensive o, se non disponibili, almeno ad ambulatori di prevenzione secondaria [25].

Per i pazienti dopo un evento coronarico acuto le indicazioni del precedente decreto sono state invece superate da nuove evidenze scientifiche, elencate nel recente consensus ANMCO/GICRIACPR/GISE [28], che suggeriscono come appropriati i seguenti percorsi:

- per i pazienti a rischio elevato (con FE <40% o con FE tra 40% e 45% ma con associato un predittore di rimodellamento tra insufficienza mitralica >1, riempimento diastolico restrittivo, alto score di asinergia e ventricolo non dilatato) è prioritario l'invio in strutture di Cardiologia Riabilitativa degenziale, ovviamente in rapporto con le potenzialità del contesto organizzativo locale. Hanno anche indicazione all'accesso in degenza i pazienti che necessitano di recupero funzionale per una compromessa autonomia funzionale o che presentano disabilità legate all'evento indice. Discriminante per l'accesso in Cardiologia Riabilitativa è comunque l'esistenza di un'accettabile condizione clinica, funzionale e cognitiva precedente l'episodio coronarico acuto, che sia

recuperabile con i programmi riabilitativi. Tali programmi non sono invece indicati nei casi in cui già prima del ricovero acuto fosse presente una grave disabilità motoria o cognitiva non recuperabile o una ridotta aspettativa di vita per comorbilità importanti. Successivamente al ciclo degenziale, non appena possibile, l'intervento riabilitativo dovrà essere continuato in regime ambulatoriale. Qualora nel territorio non siano disponibili strutture di Cardiologia Riabilitativa, il percorso assistenziale dovrà essere vicariato da strutture ambulatoriali dedicate con controlli ravvicinati e ripetuti nei primi mesi, titolazione della terapia farmacologica, ecocardiogrammi seriati per il monitoraggio della funzione ventricolare sinistra e valutazioni della capacità funzionale. Il percorso dovrà prevedere controlli frequenti nel corso del primo anno.

- I pazienti a rischio trombotico elevato (con elevato rischio cardiovascolare residuo, diabete mellito, insufficienza renale, arteriopatia periferica, storia di angina o pregresso infarto miocardico, presenza di malattia multivasale, specie se sottoposta a rivascolarizzazione incompleta, o mancata rivascolarizzazione/riperfusion), come pure i fumatori, vanno avviati verso un percorso di prevenzione secondaria intensiva, che dovrà svolgersi preferibilmente in un contesto riabilitativo ambulatoriale, o in un sua assenza, in un contesto ambulatoriale di prevenzione secondaria. L'assistenza post-dimissione a questi pazienti dovrà iniziare entro 2-4 settimane dalla dimissione dall'evento indice e protrarsi almeno per il primo anno dopo la sindrome coronarica acuta.
- Per tutti gli altri pazienti, che costituiscono una popolazione a basso rischio, è ragionevole, in caso di stabilità clinica, un follow-up a bassa intensità, concordato con il medico di Medicina Generale (andrebbe comunque suggerito a quest'ultimo di fissare col paziente una visita di controllo entro le prime 2 settimane dalla dimissione ed di avvertirlo immediatamente in caso di iniziale peggioramento).

Il gruppo di lavoro ha concordato di fare proprie le suddette indicazioni. L'opportunità di controlli ripetuti col curante nelle prime settimane potrebbe essere riportata in modo esplicito nel caso di soggetti ad alto rischio di re-ospedalizzazione. Va indicato il timing degli eventuali controlli successivi, anche non cardiologici (specificandone le motivazioni). Va segnalata al curante l'opportunità di fornire al paziente una relazione sulle modificazioni cliniche da lui osservate successivamente al ricovero per l'invio al controllo cardiologico successivo.

7. Segnalazione di eventuali accordi con i servizi sociali e di problemi che potrebbero ostacolare l'aderenza e/o favorire la riacutizzazione della malattia.

8. Segnalazione degli interventi educativi effettuati e di eventuali valutazioni in merito alla presenza di depressione e/o di deficit cognitivi.
9. Nominativo/i e telefono del/dei medico/i da contattarsi in caso di necessità da parte del medico di Medicina Generale.

La documentazione minima da allegare è costituita da: copia dell'ECG predimissione, referto di eventuali esami (ecocardiogramma, test ergometrico, ECG Holter, coronarografia, etc), e infine il kit educativo, contenente le raccomandazioni per la prevenzione secondaria cardiovascolare, consultabile sul sito dell'Assessorato [27].

Una lettera di dimissione strutturata può essere preparata facilmente e in meno tempo con sistemi computerizzati, di cui un vantaggio universalmente riconosciuto è la leggibilità, nettamente superiore rispetto alle lettere di dimissione scritte a mano (allo stato attuale ogni reparto dispone di computer con programmi di Word Processing). Un altro aspetto che si può giovare della tecnologia è rappresentato dalla trasmissione delle informazioni, per cui sono già disponibili software con sufficienti garanzie di sicurezza (analoga a quella delle transazioni bancarie). La diffusione di queste tecnologie consentirà una comunicazione più semplice, rapida e certa (grazie all'avviso automatico di ricezione) tra ospedale, medico di Medicina Generale e cardiologia territoriale, oltre che a ridurre, almeno in parte, il lavoro burocratico e di semplice trascrizione dati per il cardiologo ospedaliero (si può configurare il trasferimento automatico di dati come esami effettuati, terapie in corso o altre consulenze dalla cartella clinica informatizzata), riducendo gli errori di trascrizione, aumentando la velocità di compilazione e rendendo possibile infine l'archiviazione della relazione. Questo metodo potrà inoltre evitare quei rari casi in cui il paziente non si presenta al medico di Medicina Generale o lo fa con ritardo. L'uso dello strumento informatico richiede l'autorizzazione del paziente, aspetto che non dovrebbe comportare né problemi né difficoltà particolari, in quanto questa possibilità può essere inserita, di routine, nei moduli di autorizzazione alla gestione/comunicazione dei dati normalmente già utilizzati dall'ospedale e dai medici di Medicina Generale (secondo la normativa sulla privacy). L'optimum potrebbe essere un database accessibile da chiunque con credenziali di accesso in possesso solo del paziente. I vantaggi percepibili di una lettera elettronica rispetto alle cartacee includono inoltre la possibilità di richiami e promemoria, una maggiore efficienza, accuratezza e qualità nella cura del paziente, l'accesso simultaneo di più utenti, la rapidità nella ricerca e nel reperimento di informazioni e una ridotta necessità di copie cartacee. Gli eventuali dubbi concernenti la validità legale dei file potrebbero essere evitati con l'uso di firme elettroniche.

#### **b) La comunicazione efficace con il paziente**

La persona colpita da un evento cardiovascolare ha bisogno di essere supportata nella piena comprensione di ciò che è accaduto e nell'acquisizione consapevole dei comportamenti che consentano il

massimo recupero possibile, in ambito sia sociale sia lavorativo, e riducano contemporaneamente la probabilità che l'evento si ripeta. Poiché un più elevato livello di conoscenza risulta correlato ad una più alta percezione del rischio, si può dedurre che informazioni accurate ed esaustive ed istruzioni dettagliate su sintomi e norme di comportamento date al paziente e ai suoi familiari alla dimissione siano in grado di favorire le decisioni in caso di instabilizzazione clinica e di supportare il mantenimento di adeguate modalità di prevenzione, tra cui l'aderenza ai trattamenti farmacologici e alle norme comportamentali [10, 23, 29]. La conoscenza da parte del paziente della diagnosi e del piano di cura è quindi da considerarsi componente integrante dell'intervento sanitario e fa parte dei diritti del malato che deve *ricevere completa ed esauriente informazione su diagnosi, trattamento e prognosi* [19].

È quindi necessaria un'adeguata comunicazione col paziente, anche attraverso una modalità strutturata di informazione alla dimissione [30-32]. Quest'attività deve essere svolta dal personale medico in collaborazione col personale infermieristico dell'unità operativa, formato in maniera adeguata. Sarebbe opportuno individuare in ciascuna equipe le persone più motivate e con migliori capacità comunicative [33].

In ambito ospedaliero è auspicabile la presenza di spazi adeguati per la condivisione/educazione sui contenuti della lettera di dimissione e del kit educativo. Gli studi condotti per valutare l'impatto dell'organizzazione ospedaliera sulla qualità della comunicazione tra medico e paziente sottolineano infatti come, per quest'ultimo, la percezione del supporto erogato dal primo venga influenzata dalle caratteristiche organizzative dell'ambiente [34]. Una comunicazione non può funzionare in un ambiente inadeguato, tanto più se è già per sua natura fragile e complessa [9]. La qualità architettonica della struttura sanitaria, intesa come spazi disponibili, è un elemento fondamentale nel favorire od ostacolare il sistema di relazioni tra operatori e paziente [9]. Dato che migliorare la qualità dell'assistenza significa anche fornire adeguatamente le informazioni indispensabili al momento della dimissione, garantire e verificare che ciò avvenga è responsabilità non solo dei singoli operatori ma anche dell'intera struttura organizzativa [9]. Se al singolo operatore sono richieste specifiche competenze comunicative, alla struttura sono richieste specifiche competenze organizzative [15]. Tra queste ultime va riconosciuto anche il rispetto delle dotazioni standard di personale, tale da consentire la possibilità di dedicare un adeguato tempo ai bisogni del paziente.

Solitamente il momento della dimissione è utilizzato per fornire informazioni aggiuntive e ribadire quelle già comunicate in precedenza. La comunicazione verbale diretta ha grande importanza e può influenzare il comportamento futuro del malato. È molto utile mettere il paziente e i caregiver in condizioni di porre domande concrete e di avere le relative risposte. Un efficace scambio di informazioni col paziente richiede che il personale sanitario presti attenzione alla comprensibilità dei termini utilizzati, dedicando una quota di tempo sufficiente a verificare che le istruzioni fornite siano state comprese davvero [9]. Una strategia comunicativa "read-back, teach-back",

in cui dopo ogni concetto espresso è valutata la capacità del paziente di richiamarlo, avendolo compreso, consente di chiarire subito i dubbi e si è mostrata associata a outcome migliori [35].

Anche disporre di materiale illustrato, come quello fornito con il kit educativo, naturalmente modificabile e personalizzabile dalle varie UU.OO. di Cardiologia secondo le caratteristiche del paziente, è di grande utilità, soprattutto nei casi di pazienti con limitazioni culturali come difficoltà linguistiche o un basso livello di health literacy [9, 36]. Il kit inoltre ha come obiettivo, non secondario, di ridurre e ottimizzare i tempi per i cardiologi che si occupano della dimissione, consentendo loro di scegliere tra le varie opzioni quelle più adatte al paziente. Altre strategie operative utilizzate comprendono la consegna di schemi/calendari su tempi e modi di assunzione dei farmaci con indicazione degli orari e del rapporto con i pasti; si possono anche proporre strumenti (es. contenitori) per facilitarne la distribuzione giornaliera/settimanale [10]. Il materiale cartaceo, pur dettagliato ed esaustivo, compreso il kit educativo fornito, deve sempre essere però considerato una sorta di traccia, di memoria in grado di facilitare il paziente a fare proprie le informazioni ricevute durante il colloquio per utilizzarle appropriatamente [9]. Per tale motivo il personale sanitario commette un grave errore se delega i propri messaggi solo agli opuscoli informativi sentendosi così autorizzato a non spendere troppo tempo nel colloquio con il paziente [9].

È essenziale il coinvolgimento del familiare/caregiver, che va non solo informato, ma spesso anche sostenuto con un intervento comunicativo specifico [9]. Chi dovrà prendersi cura del paziente potrebbe non sentirsi all'altezza del proprio ruolo, per esempio se dovrà farsi carico di particolari compiti, gravosi sul piano emotivo e non solo fisico [9]. Sarebbe importante che tali difficoltà emergessero durante una sorta di training compiuto in ospedale, ma è importante verificarlo sempre anche alla dimissione [9]. Un altro aspetto cruciale, in vista del rientro a casa, riguarda la congruenza della percezione di salute/malattia tra familiare/caregiver e paziente, che va indagata poiché, in caso sia di sotto-stima sia di sovrastima, comporta ripercussioni significative sull'aderenza alle prescrizioni e sulla qualità delle future relazioni tra paziente e mondo sanitario [9, 37].

Il gruppo di lavoro ha ritenuto, infine, che il medico potrebbe trarre beneficio dall'utilizzo di una check-list (Tabella 3) da applicare alla modalità di dimissione, al fine di verificare il proprio livello di aderenza ad un intervento comunicativo adeguato fondato su informazioni semplici, chiare ed essenziali a paziente e caregiver [10]. L'utilizzo di tale check-list di riferimento, da inserire nella cartella clinica, consente di esaminare se davvero tutti gli elementi cruciali sono stati presi in considerazione e in qualche modo risolti. Ogni item è caratterizzato da contenuti esplicativi o dalla proposta di strumenti operativi che possano aiutare la realizzazione di una modalità strutturata.

A differenza degli interventi informativi sopra riportati, il counselling vero e proprio comporta l'attivazione di una relazione duale tra paziente e

Tabella 3. - Check list sulle informazioni da fornire al paziente e ai caregiver alla dimissione da inserire in cartella clinica

- il paziente è stato informato su cosa è successo, sulla sua malattia di cuore, su come riconoscere i segni e i sintomi di un attacco di cuore e cosa fare se avviene; ha ricevuto il materiale educativo scritto (allegato B);
- il paziente è stato informato sulla sua prognosi, sui suoi fattori di rischio e su come tenerli sotto controllo;
- il paziente è stato informato sulla necessità di assumere i farmaci nelle modalità e nei tempi prescritti e che essi aiutano a prevenire episodi futuri e possono prolungargli la vita; è stato informato sugli eventuali principali effetti collaterali dei farmaci e su come comportarsi in caso di loro comparsa; è stato informato sui rischi conseguenti alla loro interruzione;
- il paziente, se fumatore, è stato informato dell'importanza di smettere di fumare, che il fumo aumenta la possibilità di avere un nuovo episodio e che può accorciare la durata della vita; gli è stato indicato a chi riferirsi per sostegno anti-fumo;
- il paziente ha ricevuto le indicazioni su una dieta adeguata e gli è stato illustrato che questa aiuta a ridurre il rischio di nuovi episodi; ha ricevuto, se necessario, le indicazioni per contattare un servizio o un centro di dietologia;
- il paziente è stato informato sull'importanza di una regolare attività fisica e ha ricevuto istruzioni per i prossimi giorni; è stato informato su attività lavorativa e sessuale e sulla guida di veicoli;
- al paziente è stata spiegata l'importanza dei controlli successivi e ha ricevuto il programma di appuntamenti e i contatti telefonici/mail col centro in caso di eventuali necessità;
- è stato chiarito in modo esplicito al paziente che, tornato a casa, l'assistenza sarà fornita dal MMG con la consulenza di specialisti ospedalieri o del territorio; sono state precisate le circostanze in cui ricorrere al MMG o in cui è effettivamente necessario l'accesso a un DEA non filtrato dalla sua valutazione;
- i familiari/caregiver del paziente, se appropriato, sono stati coinvolti nel momento informativo;
- è stata verificata la comprensione di quanto sopra illustrato.

operatore, in cui il primo può attivamente esprimere i propri problemi specifici. Il counselling, definito come relazione d'aiuto basata sull'ascolto attivo o insieme di tecniche che aiutano la persona a gestire i problemi utilizzando proprie risorse o metodo di lavoro per proporre un cambiamento, è uno strumento educativo fondamentale. Richiede però un contesto ambientale particolare, definito anche da una disponibilità adeguata di tempo e di figure professionali tecnicamente preparate, che molto difficilmente è realizzabile al momento della dimissione da un reparto per acuti [10]. Si dovrebbe configurare più propriamente come componente dell'intervento terapeutico in un ambulatorio orientato alla prevenzione secondaria dopo la dimissione, o meglio realizzare nell'ambito di programma strutturato di riabilitazione [10], e in particolare, nella nostra realtà regionale, in accordo a quanto riportato nel documento sulla rete della Cardiologia Riabilitativa [25].

### Conclusioni

Le raccomandazioni del documento rivestono anche una forte valenza formativa e organizzativa. La lettera di dimissione può avere, infatti, un ruolo nella formazione continua del medico di Medicina Generale, dato che messaggi ripetuti di contenuto professionale (es. necessità di modificare i dosaggi dei farmaci, di controllare il peso del paziente, di raggiungere i target terapeutici o di effettuare controlli periodici) contribuiscono a modificare in senso positivo la pratica clinica. Allo stesso modo, il richiamo ai principi e ai contenuti della comunicazione col paziente e del counselling e la loro implementazione costituiscono un forte contributo alla formazione del cardiologo ospedaliero. Il rispetto delle caratteristiche proposte per le lettere di dimissione e per la strutturazione di un intervento informativo potrà, inoltre, rappresentare un indicatore di

qualità delle cure e quindi essere oggetto di verifica delle prestazioni ospedaliere (ad esempio la presenza in cartella della check-list è oggetto di controllo analitico da parte dei Nuclei Operativi di Controllo aziendali dal dicembre 2014).

Per quanto riguarda gli sviluppi futuri, il documento nelle sue diverse parti sarà oggetto, quando indicato da ulteriori evidenze scientifiche, di successive revisioni. Ad esempio l'Assessorato ha in programma di coinvolgere nell'immediato futuro in un tavolo tecnico dedicato le figure infermieristiche, essenziali per la comunicazione con il paziente, e ha inoltre definito un Progetto Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale *Comunicazione e continuità assistenziale per il paziente cardiologico*, volto alla concreta attuazione dei contenuti del documento, in fase di avvio.

In conclusione, le *Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico* rappresentano la realizzazione pratica della proficua collaborazione tra società scientifiche e Istituzioni politico-amministrative realizzatasi in Sicilia negli ultimi anni, che sta riscuotendo consensi anche in altre regioni; esse costituiscono uno strumento essenziale per attivare una valida continuità assistenziale, migliorando la comunicazione tra cardiologo ospedaliero, cardiologo del territorio, medici di medicina generale e pazienti.

### Riassunto

*La mortalità e le reospedalizzazioni nel periodo immediatamente successivo al ricovero per eventi cardiologici restano elevate. In questo contesto, la dimissione rappresenta una potenziale criticità per i pazienti cardiopatici. La lettera di dimissione è il mezzo di trasferimento delle notizie sul ricovero e risulta quindi il principale strumento informativo tra Ospedale e Territorio. La comunicazione, inoltre, è*

parte integrante degli interventi, di alta qualità e centrati sul paziente, atti a migliorare il processo della dimissione. La carenza di comunicazione alla dimissione può incidere in maniera determinante sulla qualità dell'aderenza alla terapia e sulla trasmissione delle norme comportamentali da avviare per un percorso virtuoso di prevenzione.

L'Assessorato della Salute della Regione Sicilia, ha istituito, nel 2013, un gruppo di lavoro allo scopo di elaborare le "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico", invitandovi a partecipare il GICR-IACPR insieme a diverse altre società cardiologiche e della Medicina Generale, essendo la lettera di dimissione e la comunicazione snodi fondamentali della continuità assistenziale in ambito cardiologico. Delle "Raccomandazioni", oggetto di specifico decreto assessoriale, fanno parte integrante:

- un modello strutturato di lettera di dimissioni, dove sono inclusi tutti i parametri che caratterizzano i pazienti ad alto rischio clinico, ad alto rischio trombotico e basso rischio secondo la Consensus ANMCO/GICR-IACPR/GISE; in tale maniera è anche possibile identificare e consigliare i percorsi di follow up più appropriati. Particolare attenzione è stata posta anche alla Medication Reconciliation e all'identificazione dei target terapeutici.
- un Kit educativo, costituito da diverse schede sulle patologie cardiache, i fattori di rischio, la terapia e lo stile di vita.
- una check-list sulle informazioni fornite al paziente e ai caregiver.

Le raccomandazioni rappresentano, in conclusione, la realizzazione pratica della proficua collaborazione tra società scientifiche e Istituzioni politico-amministrative che si è realizzata in Sicilia.

Parole chiave: comunicazione medico-paziente, continuità assistenziale, dimissione ospedaliera, educazione dei pazienti, scompenso cardiaco, sindrome coronarica acuta.

## Bibliografia

1. [http://www.anmco.it/olivari\\_14\\_5\\_11.pdf](http://www.anmco.it/olivari_14_5_11.pdf)
2. Kostis WJ, Deng Y, Pantazopoulos JS, Moreyra AE, Kostis JB, for the Myocardial Infarction Data Acquisition System (MIDAS14) Study Group. Trends in mortality of acute myocardial infarction after discharge from the hospital. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3: 581-589.
3. O'Connor CM, Abraham WT, Albert NM, et al. Predictors of mortality after discharge in patients hospitalized with heart failure: An analysis from the Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients with Heart Failure (OPTIMIZE-HF). *Am Heart J* 2008; 156: 662-673.
4. Desai AS, Stevenson LW. Rehospitalization for heart failure. Predict or prevent? *Circulation* 2012; 126: 501-506.
5. Sangu PV, Ranasinghe I, Aliprandi Costa B, et al. Trends and predictors of rehospitalization following an acute coronary syndrome: report from the Australian and New Zealand population of the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Heart* 2012; 98: 1728-1731.
6. Colivicchi F, Abrignani MG, Santini M. La non aderenza terapeutica: il fattore di rischio nascosto. *G Ital Cardiol* 2010; 11 (Suppl 3): 124S-127S.
7. Colivicchi F, Mocini D, Tubaro M, Aiello A, Clavario P, Santini M. Effect of smoking relapse on outcome after acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2011; 108: 804-808.
8. Jolly SS, Faxon DP, Fox KA, et al. Efficacy and safety of fondaparinux versus enoxaparin in patients with acute coronary syndromes treated with glycoprotein IIb/IIIa inhibitors or thienopyridines: results from the OASIS 5 (Fifth Organization to Assess Strategies in Ischemic Syndromes) trial. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54: 468-76.
9. 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.
10. 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.
11. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf). Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (bozza).
12. 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. *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-701.
13. Rogers AM, Ramanath VS, Grzybowski M, et al. The association between guideline-based treatment instructions at the point of discharge and lower 1-year mortality in Medicare patients after acute myocardial infarction: the American College of Cardiology's Guidelines Applied in Practice (GAP) initiative in Michigan. *Am Heart J* 2007; 154: 461-9.
14. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, et al. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jan 20; (1): CD000313.
15. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalist. *J Hosp Med* 2007; 2: 314-23.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The SIGN Discharge Document. Edinburgh: SIGN, 2012 (SIGN guideline number 128. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign128.pdf>
17. Standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli Ospedali. Joint commission International Progea, 4a edizione, 2011.
18. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MW, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. Implications for patients safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297: 831-41.
19. Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc* 2005; 80: 991-4.
20. 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.
21. Burton MC, Kashiwagi DT, Kirkland LL, Manning, D. Varkey P. Gaining efficiency and satisfaction in the hand-off process. *J Hosp Med* 2010; 5(9): 547-52.
22. Calvert SB, Kramer JM, Anstrom KJ, Kaltenbach LA, Stafford J, Allen LaPointe NM. Patient-focused intervention to improve long-term adherence to evidence based medications: a randomized trial. *Am Heart J* 2012; 163: 657-65.
23. Dracup K, McKinley S, Doering LV, et al. Acute coronary syndrome: what do patients know? *Arch Intern Med* 2008; 168: 1049-54.

24. Gleason KM, Brake H, Agramonte V, Perfetti C. Medications at transitions and clinical handoffs. Toolkit for medication reconciliation. AHRQ Pub. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville MD; 2012.
25. Assessorato della Salute. Decreto 26 ottobre 2012. Il piano della Riabilitazione. Allegato C. Documento di Consenso. Il piano della cardiologia riabilitativa in Sicilia. Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana (p.1) n. 54 del 21 dicembre 2012 (n. 47), p. 27 ss.
26. Assessorato della Salute. Decreto 11 agosto 2014. Raccomandazioni Regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo un ricovero per evento cardiologico. Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana (p.1) n. 2, p. 1, n. 36 del 29 agosto 2014.
27. [http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR\\_PORTALE/PIR\\_LaStrutturaRegionale/PIR\\_AssessoratoSalute/PIR\\_AreeTematiche/PIR\\_RaccomandazioneDopoRicoveroPerUnEventoCardiologico](http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_AreeTematiche/PIR_RaccomandazioneDopoRicoveroPerUnEventoCardiologico)
28. Greco C, Bovenzi FM, Berti S, *et al.* Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE. L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche. *G Ital Cardiol* 2014; 15(1 Suppl 1): 3S-27S.
29. Epstein RS. Medication adherence. Hope for improvement. *Mayo Clin Proc* 2011; 86: 268-270.
30. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation* 2010; 121: 750-8.
31. Arora VM, Manjarrez E, Dressler DD, Basaviah P, Halasyamani L, Kripalani S. Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *J Hosp Med* 2009; 4: 433-40.
32. Villanueva T. Transitioning the patient with acute coronary syndrome from inpatient to primary care. *J Hosp Med* 2010; 5(Suppl 4): S8-14.
33. McCarthy DM, Engel KG, Buckley BA *et al.* Emergency department discharge instructions: lessons learned through developing new patient education materials. *Emerg Med Int* 2012; 2012: 306859. doi.org/10.1155/2012/306859.
34. Ansmann L, Kowalski C, Ernstmann N, *et al.* Patients' perceived support from physicians and the role of hospital characteristics. *Int J Qual Health Care* 2012 Aug; 3: PMID 22864106.
35. Samuels-Kalow M, Stack AM, Porter S. Effective discharge communication in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2012; 6: 152-9.
36. Mohan AM, Riley BM, Boyington D, Kripalani S. Illustrated medication instructions as a strategy to improve medication management among Latinos: a qualitative analysis. *J Health Psychol* 2013; 18: 187-197.
37. Borthwick R, Newbronner L, Studdard L. "Out of hospital": a scoping study of services for carers of people being discharged from hospital. *Health Soc Care Community* 2009; 17: 335-49.