

### NEWSLETTER GITIC

### La formazione

Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. I N

Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

Dicembre , 2023

### **EDITORIALE**

Cari soci e colleghi.

l'anno volge al termine e anche per il GTIC è tempo di bilanci: dopo gli eventi formativi proposti, che hanno visto una significativa partecipazione e riscosso notevole gradimento, il nostro 2023 può considerarsi positivo. Concluderemo le iniziative il 14 dicembre con l'evento offerto gratuitamente alla popolazione a cui anche tutti voi siete invitati.

Troverete in calendario i primi due eventi del 2024: il corso ECG in collaborazione con Philips e il Convegno di Area presso IRCSS Cardiologico Monzino di Milano, entrambi previsti per il mese di marzo.

In questa newsletter vi proponiamo un articolo che riassume le novità delle recenti linee guida europee sulle sindromi coronariche acute; inoltre pubblichiamo con piacere il racconto dell'esperienza della collega India Poserina. Tale elaborato ha vinto il concorso annuale indetto

da ARCUS (Associazione Ricreativa Culturale dell'Università di Milano) nel 2022 ed è stato poi pubblicato in una raccolta dal titolo "Ti racconto quando ho capito che l'infanzia era finita".

Ricordandovi di rinnovare l'iscrizione all'associazione per il 2024 per non perdervi l'offerta formativa targata GITIC, il Consiglio Direttivo e il Comitato Scientifico augurano a voi e ai vostri cari un sereno Natale e un nuovo anno ricco di soddisfazioni personali e professionali. Buone feste!!

La presidente

pelli Rusha Copelli



Auguri di Buone Feste e Felice Anno Nuovo dal comitato scientifico e dal consiglio direttivo del GITIC

### Linee guida ESC per la gestione della sindrome coronarica acuta

Autori: R. Adobati, D. Colombo, A. Mellino

Le nuove linee guida sulla gestione delle sindromi coronariche acute (SCA) pubblicate dalla Società Europea di Cardiologia (ESC) nel 2023 sono caratterizzate dalla seguente peculiarità: l'esporre per la prima volta le SCA nella loro globalità. La gestione dell'infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) e delle SCA senza sopraslivellamento del tratto ST (SCA-NSTE) non è più trattata separatamente, come avvenuto in precedenza da parte dell'ESC e da altre società scientifiche. Grazie a questo tratto innovativo si evidenzia la continuità clinica delle coronaropatie, che non sono quindi patologie a sé ma sono invece stanti. collegate da molti aspetti clinici e di management condivisi, soprattutto riguardo la fase post-acuta e la gestione nel lungo termine.

Per quanto concerne la fase acuta. le linee guida puntualizzano l'importanza dell'elettrocardiogramma (ECG) per poi intraprendere il terapeutico percorso adeguato. In caso di STEMI è indicata la terapia riperfusione immediata, ovvero l'angioplastica coronarica (PCI) da attuare entro 60 minuti dall'ingresso paziente in un ospedale con emodinamica operativa 24 ore. È da svolgere entro 90 minuti se bisogna eseguire trasporto verso il presidio emodinamica dotato di operativa 24 ore. In qualsiasi caso, la PCI è da mettere in atto entro 120 minuti dalla diagnosi con ECG nei pazienti con esordio dei sintomi da meno di 12 ore. È innovativa invece la tempistica di trattamento delle SCA-NSTE: in questo caso la strategia invasiva è immediata quando il paziente è classificato a rischio molto elevato (l'instabilità emodinamica. le aritmie. il dolore toracico persistente o l'insufficienza ricorrente. cardiaca e le variazioni dinamiche all'ECG sono i criteri considerati).

È invece precoce, entro 24 ore, se la classe di rischio è elevata (nei casi di cambiamenti dinamici o transitori del tratto ST e dell'onda T, di diagnosi confermata di SCA-NSTE basata sugli algoritmi per l'uso della troponina cardiaca ad alta sensibilità e di un punteggio GRACE risk > 140).

Ulteriori modifiche riguardano la gestione del post-arresto cardiaco con ritorno alla circolazione spontanea (ROSC) e della malattia multivaso. Nel primo caso si è verificato un downgrading nell'esecuzione della coronarografia immediata: se il paziente è emodinamicamente stabile e senza elevazione persistente del tratto ST è possibile una strategia invasiva routinaria. Riguardo la malattia multivasale è prevista la rivascolarizzazione completa durante la PCI indice, se possibile, o al massimo entro 45 giorni dalla PPCI in situazione di STEMI. Se si tratta invece di SCA-NSTE, non è più consigliata la PCI della sola lesione colpevole, ma è raccomandata la rivascolarizzazione completa nella procedura indice.





L'Infermiere protagonista in ambito cardiovascolare: Competenze avanzate e innovazioni

c/o I.R.C.C.S. Centro Cardiologico Monzino Milano

22 Marzo 2024

Anche per quanto concerne la terapia farmacologica sono presenti diverse modifiche: in prima battuta nei pazienti con diagnosi di STEMI il pre-trattamento farmacologico è stato declassato, mentre nei soggetti con SCA-NSTE questo non è più raccomandato come terapia di routine con l'utilizzo di un inibitore del recettore P2Y12 prima di conoscere l'anatomia coronarica. Secondariamente sono variate le tempistiche riguardo la de-escalation della doppia terapia antiaggregante (DAPT). Le attuali linee guida raccomandano la DAPT come strategia di default per i 12 mesi successivi all'evento acuto, indipendentemente dallo stent impiantato. Tuttavia, in specifici scenari clinici, la durata della DAPT può essere ridotta o modificata, ma non entro i 30 giorni dall'evento acuto. L'abbreviazione della DAPT può essere considerata ad 1 mese nei pazienti ad alto rischio emorragico o a 3/6 mesi nei pazienti non giudicati ad elevato rischio emorragico e/o ischemico. La de-escalation deve essere seguita da una monoterapia a base di aspirina o un inibitore del recettore P2Y12.



## NEWSLETTER GITIC

La formazione

Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. I No. 4 Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

Dicembre, 2023

Un ulteriore elemento di innovazione è l'impiego dell'imaging intracoronarico con ultrasuoni intravascolari (IVUS) o tomografia a coerenza ottica (OCT) per migliorare gli esiti dell'angioplastica coronarica. Come strumento diagnostico, l'imaging intravascolare è particolarmente utile nei casi di SCA, soprattutto in assenza di una coronaropatia ostruttiva alla coronarografia. Infatti, permette di escludere, in caso di lesioni ambigue all'esame angiografico, una causa aterotrombotica nelle arterie coronarie principali. L'imaging con risonanza magnetica nucleare è ora raccomandato successivamente all'angiografia se la diagnosi finale non è definita nei casi di pazienti con diagnosi operativa di infarto miocardico in assenza di stenosi significative alla coronarografia.

In conclusione, le nuove linee guida riportano un aspetto di particolare rilevanza per la professione infermieristica. Gli ultimi capitoli si focalizzano infatti sui trattamenti a lungo termine ancora da sviluppare e rafforzare, tra cui il patient-centred care. Questo concetto si riferisce a una gestione olistica dell'individuo. Non è fondamentale solo l'aspetto clinico, ma è necessaria una presa in carico globale se si vuole ridurre il tasso di re-ospedalizzazione e mortalità negli individui affetti da coronaropatie e migliorare la loro qualità di vita. È da considerare anche l'aspetto psicologico ed emotivo dei pazienti, che implica renderli parte del processo di cura, educarli riguardo un corretto stile di vita, aumentare il loro self-care e offrire momenti di counselling volti all'ascolto delle loro paure, bisogni e preferenze. Solo attraverso questo approccio, che mira all'empowerment della persona, sarà possibile sviluppare e rafforzare l'aderenza alle cure e agli stili di vita e rendere il paziente un soggetto più attivo nella gestione della propria salute.

### LINK ALLE LINEE GUIDA COMPLETE

E' un piacere pubblicare il racconto di India specialmente questo periodo preparazione al Natale. Tale elaborato ha vinto il concorso annuale indetto da ARCUS (Associazione Ricreativa Culturale dell'Università di Milano) nell'anno 2022, ed è stato pubblicato in seguito in un libercolo che comprende tutti i racconti dei partecipanti intitolato "Ti racconto quando ho capito che l'infanzia era finita".

### Crescere

È la fine del mio percorso di studi, tra pochi mesi mi laureo e non mi sento pronta ad essere chiamata dottoressa, ma ho imparato molto in questo percorso. Sento anche di aver trovato il mio posto, in un certo senso: sono una da Area Critica. Come spiegare cosa significa a chi non è avvezzo ad intrattenersi negli ospedali? L'area critica è adrenalina, è stress.

Mi piace essere obbligata a pensare in secondi.

Mi piace la rianimazione, i malati complicati.

Mi piacciono i farmaci infiniti attaccati a pompe infinte con fili che si intrecciano all'infinito.

Mi piacciono i muscoli che si tendono nell'emergenza e la tranquillità che ti imponi di mantenere quando aumentano i battiti cardiaci.

Agire alla velocità della luce.

Se avessi potuto, avrei dedicato tutto il mio tirocinio a reparti di area critica.

Eppure, le ultime settimane le trascorro in hospice.

La terapia è poca cosa: antidolorifici, gastroprotettori, vitamine e giusto qualcosa in più.

Non c'è defibrillatore né cartello delle emergenze: se un paziente muore hai tutto il tempo per realizzarlo.

Non corri, non scatti come una molla, non hai bisogno della carica che il tuo corpo ti dà in concessione: se qualcuno se ne va, ha tutto il diritto di farlo piano e in silenzio, senza cento persone affaccendate a rianimarlo.

Se muori, qui hai il diritto di morire.

Si muore ovunque in ospedale, ma in pochi posti hai tempo di sentire storie, parlare per più di pochi secondi.

Forse solo in hospice realizzi che i pazienti sono persone.

Il primo giorno mi annoio tremendamente: i ritmi sono molto diversi.

É tutto talmente diverso che entro nell'ottica di aver trovato finalmente il reparto che assolutamente non fa per me.

Devo svolgere un lavoro richiesto dall'università e per farlo scelgo uno degli otto pazienti.

La decisione, per una serie di ragioni, ricade sulla signora M. Dopotutto quella mattina l'ho aiutata a fare la doccia e mi sembrava disponibile e aperta al dialogo.

Così vado a sondare il terreno in camera sua, accennandole al mio compito da studentessa, e fortunatamente acconsente.

La accompagno al tavolino, le chiedo se intanto vuole bere un tè o un caffè con me: non deve essere un colloquio asettico come alcune visite cliniche, penso che sia il contesto e il tipo di paziente che ha bisogno di informalità e freschezza e forse anche un tè con una nuova amica.

Lei rifiuta dicendo che non ha molta fame, ma insiste perché io mi prenda qualcosa. Lo faccio

Insomma, se fossi in un altro reparto semplicemente iniziato l'intervista come si fa in un colloquio d'affari, ma credo che la signora M. voglia altro e quindi la guardo sorridere mentre mi bevo il caffè.

Forse sapere di stare per morire rende ogni attimo, anche quello più normale, speciale.

Forse bevi la felicità degli altri perché tu non hai molto da bere.

E lei sembra che beva la mia mentre io bevo il mio caffè.

Mi dimentico di ogni dato che devo raccogliere, mi dimentico del fatto che in realtà sono là per un compito preciso che prevede domande precise.

Parlare con la signora M non solo rende felice lei, ma incredibilmente piace anche a me.

lo che sono ancora una da area critica, in cui per parlare ci sono pochi secondi.

lo che a rigirarmi tra le parole e le emozioni non sono mai stata brava. Le sento, ma ho sempre trovato difficile districarmi tra ciò che bisogna o non bisogna dire.

Comprendo il tuo dolore. Falso: non so cosa si prova a stare per morire.

Mi dispiace per la sua morte imminente. Decisamente non appropriato.

E il silenzio? Stare zitti a volte ti salva da queste situazioni, ma mi sembra di dover dire qualcosa.

Alla fine della nostra chiacchierata di quasi due ore però capisco: la signora M non vuole nessuna frase rassicurante, nessuna costruzione verbale che probabilmente si è già sentita dire tante volte.

Vuole solo una conversazione normale, perché anche se sta morendo e tutti lo sanno, se accetti che la morte è parte della vita non hai bisogno di trattarla come un nemico.

Le dico solo una cosa: le dico che mi ricorda tanto mia nonna.

Mia nonna è una grande Persona con la P maiuscola e durante la nostra mattinata io e la signora M abbiamo parlato anche di mia nonna.

Lei capisce il sottointeso e mi sorride. lo le sorrido.

Qualche settimana e caffè dopo la signora M muore. In questi anni non è stata di certo l'unica mia paziente a morire, ma mi sento vuota.

Non so perché, dopo tanto tempo, ripenso alla morte del mio primo paziente. Penso che per lui avrei potuto fare di più, penso a come sono stata incapace di gestire il suo dolore e alla mia fuga davanti alla sofferenza di quella stanza.

Questa volta no, non sono scappata. Ho affrontato tutto

Con la morte della signora M alla fine di luglio, tre anni dopo la morte del signor G, la mia infanzia era finita da un bel pezzo. Però io mi sento un po' più grande.

Dott.ssa India Poserina, Infermiera UO. Rianimazione, P.O. Saronno (VA), ASST VALLE OLONA



Alleanza Infermiere-Cittadino 2: protagonisti della propria salute nella prevenzione in ambito cardiovascolare

### **PROGRAMMA**

Strategie di prevenzione del rischio cardiovascolare

Terapia farmacologica cardiovascolare: una giusta informazione per la loro corretta gestione

Riconoscimento precoce segni e sintomi di peggioramento nelle patologie cardiovascolari

Il bisogno di salute e il territorio: come aiutare la Persona con patologia cronica e/o cardiovascolare

Gestione dello stress e prevenzione del burnout post ricovero ospedaliero

Domande e risposte



Un regalo per la tua salute.
Partecipa all'incontro di informazione gratuito

Giovedì 14 Dicembre dalle 17 alle 19



su piattaforma ZOOM Iscrizione gratuita (obbligatoria)

Per registrarsi all'evento cliccare su questo link inserendo i dati richiesti: https://forms.gle/cDD7uGR3fAoWXECHA o sul qr code

Il link per la partecipazione verrà inviato entro la prima settimana di dicembre. Qualora non si ricevesse la mail controllare nella casella della posta indesiderata o chiamare il numero 3474028930 oppure scrivere a prenotazioni.tocarelab@gmail.com

Per l'intera durata dell'evento sarà disponibile un tutor tecnico per eventuali problemi di accesso all'iniziativa. Non è obbligatorio disporre di una webcam o di un microfono.





# CONVEGNO di area GITIC 22 marzo 2024

# L'Infermiere protagonista in ambito cardiovascolare: competenze avanzate e innovazioni

### **PROGRAMMA**

Mattina 09.00 12.30 Moderatori: C. Carzaniga - C. Bassi

Saluti istituzionali

Le competenze avanzate – stato dell'arte (S.Borghi)

L'ultrasuono che apre la strada verso nuovi approcci: cateterismo cardiaco destro e pacing cardiaco sulle TAVI (A. Mellino)

Pulsed Field Ablation: l'elettroporazione nel trattamento della fibrillazione Atriale (A.Somenzi)

Il valore aggiunto del sonographer nel team multidisciplinare: le situazioni evolutive in area critica (A.Terzi)

Case management della persona assistita con trapianto cardiaco (M.Pisu, M. Galimberti)

L'Infermiere di ricerca in ambito cardiovascolare: dall'esperienza clinica a quella internazionale (A.Durante)

**Dibattito** 

Workshop

### **Pomeriggio**

14.00 16.30 Moderatori: A. Capelli - D. Monolo

La gestione della Persona con ferita cardiochirurgica: dalle medicazioni avanzate alla terapia a pressione negativa - indicazioni e vantaggi.

Casi clinici mirati (M.Lucarini)

Utilizzo della TPN incisionale in cardiochirurgia: uso appropriato e vantaggi (M.V.Stefanizzi)

La comunicazione ipnotica e l'ipnosi terapia procedurale nella gestione del dolore (M. Della Sanità)

"Siamo fatti di storie": la medicina narrativa per il cuore della Cura (P. Arcadi)

**Dibattito** 

E' stato chiesto accreditamento ECM per le figure professionali di: Infermiere, Infermiere Pediatrico, Assistente Sanitario Fisioterapista, medico

Obiettivo formativo: Linee guida – Protocolli - Procedure



"L'Infermiere protagonista in ambito cardiovascolare: Competenze avanzate e innovazioni"

### Venerdì 22/03/2024 c/o Sala Congressi

IRCCS Centro Cardiologico Monzino , Via Carlo Parea, 4 20138, Milano

**COMITATO SCIENTIFICO** M.Tettamanti *(Coordinatore)*, R. Adobati, G. Alberio, C. Bassi, S. Borghi, A Capelli, L. Camponovo, C. Carzaniga, A. Fabiani, M. Garavaglia, D. Lambri, M. Lucarini, A. Mellino, D. Monolo, E. Rendina, A. Somenzi, E. Speranza, A. Terzi, E Vellone

### **MODERATORI E RELATORI**

Paola Arcadi, Direttore didattico corso di Laurea di Infermieristica ASST Melegnano e Martesana, Unimi, Claudio Bassi, Direttore Aziendale delle Professioni Sanitarie Centro Cardiologico Monzino, , I.R.C.C.S. Centro Cardiologico Monzino, MI - Componente del Consiglio Direttivo e del Comitato Scientifico G.IT.I.C Silvana Borghi, Resp. Inf.ca Area Emergenza/urgenza, Ospedale di Erba CO –Componente del Comitato Scientifico G.IT.I.C

**Annalisa Capelli** Coordinatore infermieristico, UOC Cardiochirurgia adulti e pediatrica, UOS Chirurgia dei trapianti di cuore, -ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo– Presidente G.IT.I.C.

**Claudia Carzaniga**, DM in Scienze Cognitive e Processi Decisionali – Coordinatrice Infermieristica Area Cardiologica, ASST Bergamo Est – Past President G.IT.I.C.

Marco Della Sanità, Infermiere specialista in stomaterapia e comunicazione ipnotica - ASST Ovest Milanese Angela Durante, Ricercatore tipo A, Dipartimento di Medicina Translazionale, Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro" Novara

Maria Galimberti, Infermiera, Case manager ASST Niguarda, Milano

Massimo Lucarini, Coordinatore Infermieristico - Istituto Cardiovascolare Camogli – Membro del Comitato Scientifico GITIC

**Antonio Mellino**, Infermiere, c/o Laboratorio di Emodinamica interventistica, I.R.C.C.S. Centro Cardiologico Monzino, MI - Componente del Comitato Scientifico G.IT.I.C

Davide Monolo, infermiere specialista area funzionale persona assistita con accessi vascolari ASST Ovest Milanese, Membro del Consiglio Direttivo e del Comitato Scientifico G.IT.I.C

Mirella Pisu Infermiera, Case manager ASST Niguarda, Milano

Alberto Somenzi, Infermiere e tecnico di elettrofisiologia, case manager (Cat D2), I.R.C.C.S. Centro Cardiologico Monzino, MI - Componente del Comitato Scientifico G.IT.I.C

Enza Stefanizzi, Fisioterapista, Fondazione Don Carlo Gnocchi I.R.C.C.S. - Milano

Antonio Terzi, Infermiere di Area Critica (UTIC), ASST Bergamo Est, BG; Istruttore e direttore BLSD IRC categoria "a" e "b"; istruttore PBLSD categoria "a" e "b", IRC - Componente del Consiglio Direttivo e del Comitato Scientifico G.IT.I.C

Marco Tettamanti (Resp. Scientifico) Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche - Responsabile Sistema di Gestione Qualità e Privacy Executive (RSGQ-PE), Istituti Clinici Zucchi, presidio di Monza, Membro del Consiglio Direttivo e Coordinatore del Comitato Scientifico G.It.I.C.

### MODALITÀ DI ISCRIZIONE E PAGAMENTO - SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Le **iscrizioni**, cliccando su questo link <a href="https://forms.gle/T5jzeBgNHyShV7uy8">https://forms.gle/T5jzeBgNHyShV7uy8</a> Altre informazioni sul sito <a href="https://forms.gle/T5jzeBgNHyShV7uy8">www.gitic.it</a>

### **QUOTE D'ISCRIZIONE**

- ☐ Infermieri iscritti G.IT.I.C. ......GRATUITO
- ☐ Infermieri NON iscritti G.IT.I.C. Fisioterapisti Euro 35 (IVA inclusa)
- □ studenti Euro 10 (IVA inclusa) □ Medici Euro 50 (IVA inclusa)

La quota d'iscrizione comprende kit congressuale, 2 buoni caffè, attestato di partecipazione, attestato di assegnazione dei crediti formativi E.C.M. (inviato a posteriori previa verifica del questionario di apprendimento) NON comprende il lunch



