

First National Conference - 1^a Conferenza Nazionale: “La cardiologia riabilitativa e preventiva nell’era della cardiologia interventistica”

Napoli, 3-4 marzo 2006

Presentazione del rationale e degli obiettivi

Salvatore Pirelli

Monaldi Arch Chest Dis 2006; 66: 117-120.

U.O. Cardiologia, Cremona.

Perché una conferenza sulla cardiologia riabilitativa

La riabilitazione cardiologica (RC) è riconosciuta come il modello standard (standard of care) per il trattamento globale del paziente cardiopatico, in fase subacuta e cronica e come una componente essenziale di un programma assistenziale e di intervento a breve e a lungo termine per tutti i cardiopatici. Tuttavia la condivisione e l’implementazione di tali acquisizioni faticano ad affermarsi nel mondo reale al di là delle mere affermazioni di principio che concordano su queste premesse: i motivi di queste difficoltà vengono da lontano e mettono in luce, talvolta, situazioni a dir poco imbarazzanti. Dai dati del censimento del 2001, emerge che in Italia sono operative 137 strutture, quindi un numero non piccolo, ma con una dislocazione sul territorio piuttosto disomogenea: oltre il 70% delle strutture sono collocate nel Nord Italia e solo il 30% al Centro e al Sud (fig. 1). E inoltre, e questo è ancora più importante, mentre un buon numero di pazienti operati di bypass o di sostituzione valvolare afferiscono sistematicamente ai centri di riabilitazione cardiologica, solo una piccola quota di pazienti con infarto miocardico e/o scompenso cardiaco sono arruolati ad un ciclo riabilitativo strutturato (fig. 2).

L’obiettivo del nostro incontro è la definizione del percorso clinico-assistenziale nella fase post-acuta e cronica delle cardiopatie partendo da una considerazione a tutti nota che riguarda la dicotomia esistente tra gestione della fase acuta della malattia, certamente sempre più aggressiva, più costosa, ma anche, più efficace, e quella della fase cronica che, purtroppo, è ancora troppo poco considerata. Da qui deriva una carenza nella continuità clinico-assistenziale, una grave sofferenza per la prevenzione secondaria e, quindi, la esigenza di definire nuovi percorsi assistenziali in grado di ridurre recidive e riospedalizzazioni.

La condivisione dei percorsi clinici più adeguati nei diversi contesti, tra le figure professionali coin-

volte nella gestione dei pazienti, dovrebbe consentire di far luce su molti aspetti, che apparentemente chiari, non sempre vengono acquisiti nella gestione quotidiana.

La partecipazione ai lavori di rappresentati delle istituzioni, Ministero della Salute, dovrebbe consentire di avviare una riflessione, spero fruttuosa, su un tema assai delicato che riguarda la titolarità e responsabilità di governo della riabilitazione cardiologica. Il dibattito-confronto con la SINFER, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa è in corso e all’attenzione del Consiglio Superiore di Sanità per un giudizio di merito.

Definizione del percorso clinico-assistenziale nella fase postacuta e cronica delle cardiopatie

La riabilitazione cardiologica ormai ha una storia più che trentennale: negli anni ’60 veniva definita come l’insieme delle attività necessarie ad assicurare le migliori condizioni fisiche e psichiche sociali in modo da riguadagnare con i propri mezzi la posizione più normale possibile nella comunità e condurre una vita attiva e produttiva. I candidati alla riabilitazione cardiologica erano quasi esclusivamente pazienti con infarto acuto, non complicato, la massima attenzione era rivolta all’esercizio fisico; come *outcome* si valutava il miglioramento della capacità funzionale, e il precoce ritorno al lavoro e il programma riabilitativo iniziava a distanza di alcuni mesi dall’evento acuto.

Negli anni 2000, il ventaglio dei pazienti che vengono avviati, o che devono o dovrebbero essere avviati alla riabilitazione cardiologica si è esteso sempre di più includendo pazienti sempre più gravi: con infarto complicato, dopo intervento di rivascolarizzazione miocardica chirurgica o meccanica (angioplastica coronarica, o bypass), soggetti anziani con malattia coronarica diffusa e comorbidità, senza escludere pazienti con ischemia residua anche a basso carico e non rivascolarizzabili, pazienti con

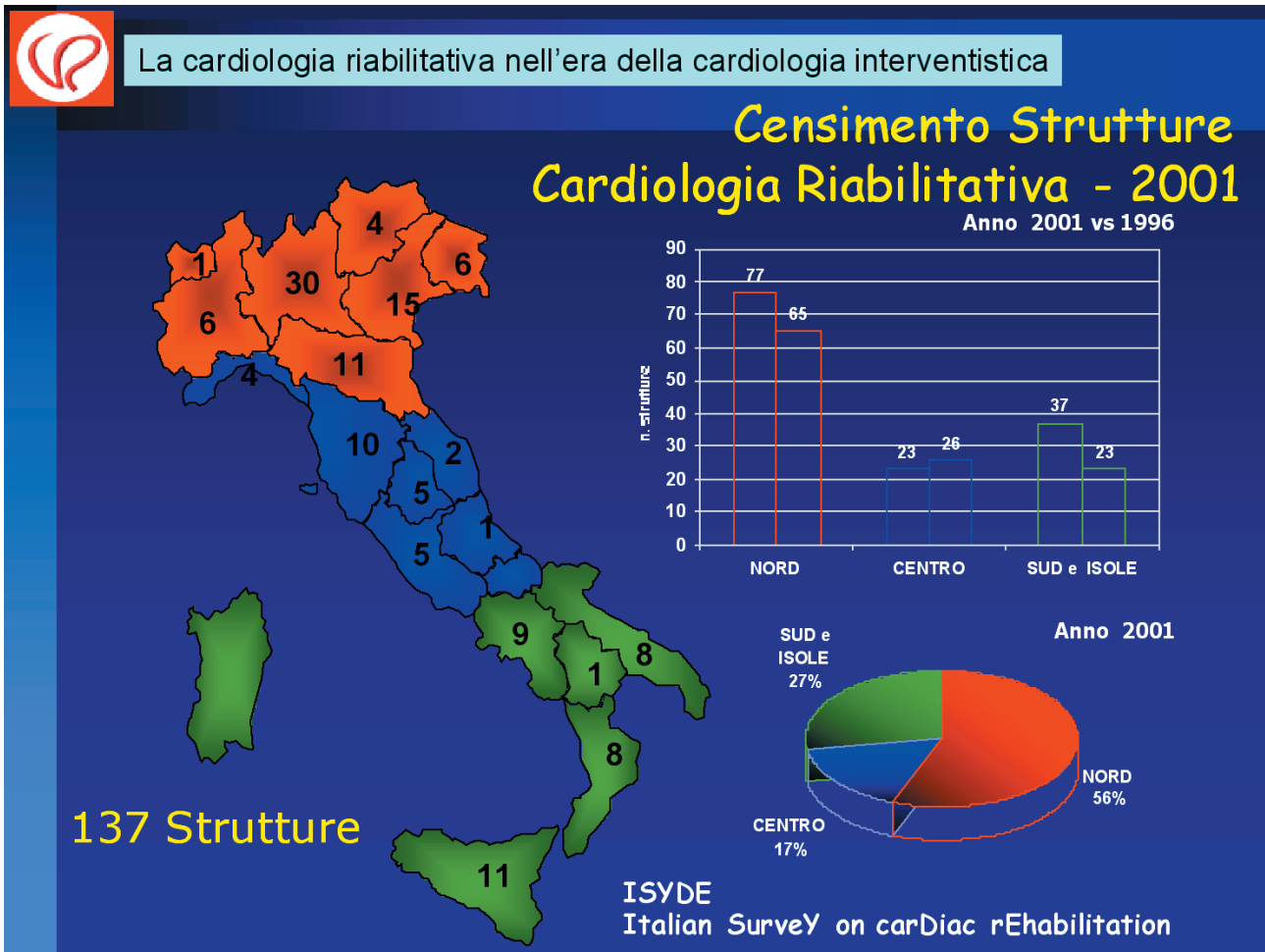


Figura 1.

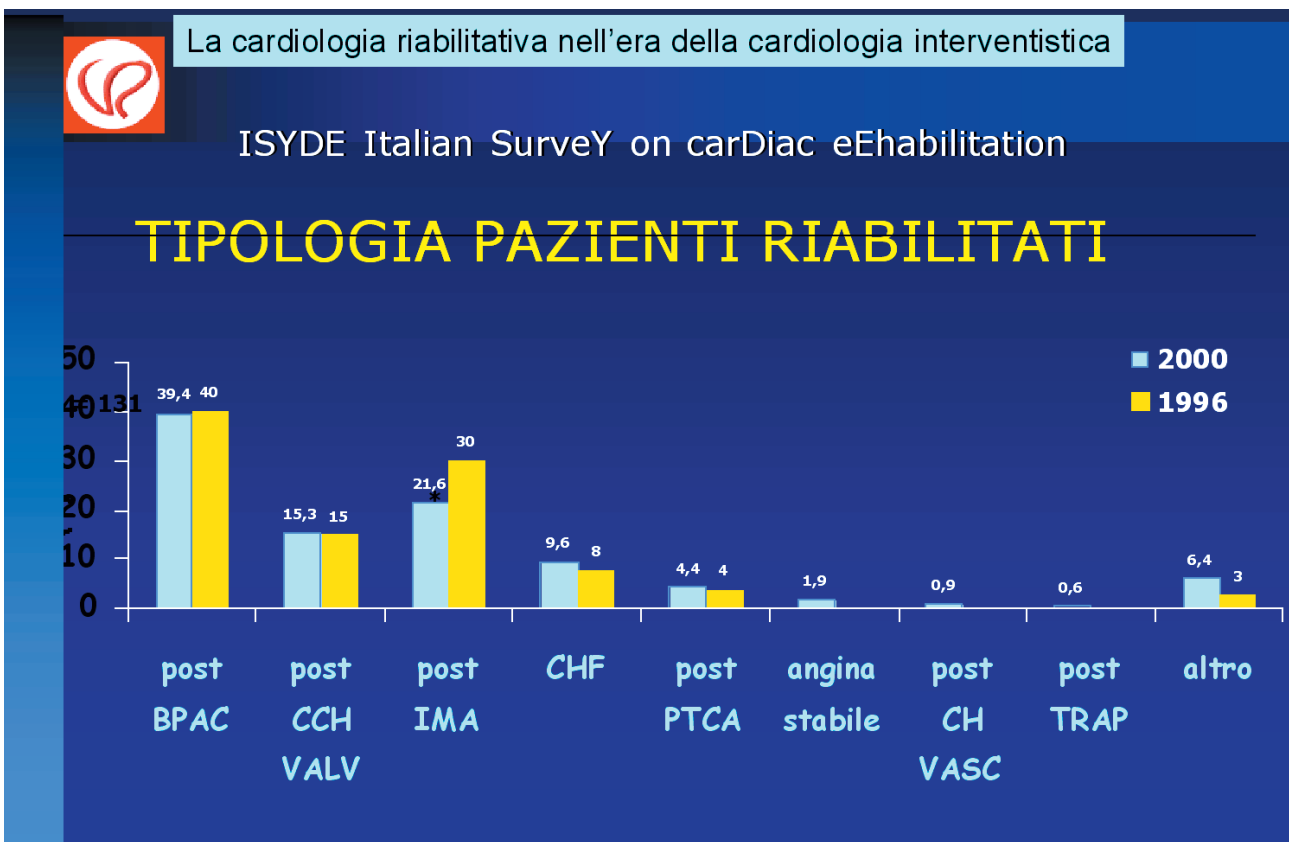


Figura 2.

scompenso cardiaco, pazienti con aritmie severe oppure dopo impianto di *device*, sempre più raffinati.

Le sindromi coronariche acute e lo scompenso cardiaco sono le situazioni di più frequente riscontro nella pratica clinica e necessitano di una più puntuale definizione dei percorsi clinico assistenziali: la prima alla luce dei risultati favorevoli di un approccio aggressivo sempre più praticato l'altra per le enormi dimensioni epidemiologiche del problema che necessita di soluzioni più articolate anche alla luce del ruolo centrale ma non esclusivo del cardiologo.

Dopo rivascolarizzazione efficace che condiziona una dimissione spesso estremamente precoce, rimane comunque indispensabile per tutti i malati la definizione di un percorso diagnostico e terapeutico che tenga conto della opportunità/necessità di avviare una prevenzione secondaria efficace e una serie di controlli clinico strumentali differenziati a seconda del grado di disfunzione ventricolare sinistra residua e della estensione della malattia coronarica. Qual è il *timing* dei controlli del paziente con sindrome coronarica acuta che è stato trattato efficacemente?, in che modo viene affrontata la problematica della prevenzione secondaria farmacologica e non farmacologica? Come gestiamo le recidive?

La presentazione delle nuove linee guida per lo scompenso cardiaco introdurrà la tematica relativa alla insufficienza cardiaca che, soprattutto per la frequenza delle reospedalizzazioni, assorbe una grande quantità di risorse nonostante i progressi della terapia farmacologica e chirurgica. Le indicazioni all'impianto del defibrillatore e alla resincronizzazione ventricolare sono sempre più ampie e i risultati sempre più soddisfacenti in termini di durata e di qualità della vita, tuttavia la gestione di questi pazienti rimane complessa e necessita un "aggiustamento" continuo dal momento che l'età avanzata, le comorbilità e la scarsa aderenza alla terapia ostacolano qualsiasi tentativo di standardizzazione.

In questo ambito è ormai largamente evidente che la presa in carico da parte dei cardiologi di tutti i pazienti con scompenso cardiaco appare insostenibile e pertanto vi è la necessità di coinvolgere sempre più strettamente il medico di medicina generale (MMG) che di fatto gestisce la maggioranza dei pazienti e il cui ruolo sarà evidentemente differente a seconda della gravità della situazione clinica e dei diversi contesti anche territoriali. Per realizzare una vera continuità assistenziale, per ritardare la comparsa della malattia nei pazienti a rischio, per ritardare la progressione della malattia nei pazienti con scompenso manifesto, per prevenire le riacutizzazioni ed i ricoveri ospedalieri è necessaria una sempre maggiore integrazione tra cardiologo, MMG, paziente e familiari.

La riabilitazione cardiologica è per vocazione indirizzata alla gestione del paziente cronico e pertanto può giocare un ruolo preminente nell'ottimizzazione della terapia, nella stratificazione del rischio, e per la possibilità di promuovere un programma di esercizio fisico personalizzato, che si è dimostrato in grado di ridurre o migliorare la sopravvivenza, ma soprattutto di migliorarne la qualità della vita.

Discuteremo del paziente post-chirurgico dal momento che questi pazienti sono sempre più gravi,

più anziani e con un numero sempre maggiore di comorbilità, e necessitano di un'assistenza assolutamente impegnativa e personalizzata; d'altra parte i progressi della cardiocirurgia sono stati importanti in questi ultimi anni ed ora è possibile approcciare pazienti più "difficili" con sempre migliori possibilità.

Una problematica a cui teniamo molto è quella relativa alla continuità assistenziale in termini di centralità del medico di medicina generale e delle risorse della cardiologia riabilitativa in questo ambito: di questo si parla molto, però in realtà rimane una criticità importante da affrontare con impegno e convinzione.

Sono condivisibili e implementabili nel mondo reale i percorsi suggeriti? Quali sono i veri ostacoli allo sviluppo della riabilitazione-prevenzione e come superarli?

La tavola rotonda moderata dal prof. Tavazzi e dal prof. Iacono affronterà la problematica relativa alla possibilità di implementazione dei percorsi clinico assistenziali che si andranno delineando e agli ostacoli che si frappongono tra una accettazione largamente condivisa del ruolo che può assumere la RC in ambito di continuità assistenziale e prevenzione secondaria e le evidenti carenze nella applicazione di tale modello nel contesto attuale. Se è vero infatti che dopo intervento cardiocirurgico la grandissima maggioranza dei pazienti vengono avviati ad un ciclo di RC che consente una gestione efficace di pazienti sempre più anziani e sempre più "malati" è altrettanto vero che solo una minoranza di pazienti dopo sindrome coronarica acuta e/o con insufficienza ventricolare sinistra afferiscono alle strutture riabilitative con il rischio di disperdere gran parte dei vantaggi ottenuti con l'ampio e costoso impiego di risorse economiche, culturali e organizzative impiegate nella fase acuta.

La RC potrebbe essere una sorta di cerniera tra l'ospedale per acuti e il MMG che è il responsabile ultimo della gestione della cronicità, per le sue documentate potenzialità di perseguire e realizzare la stabilizzazione clinica e la ottimizzazione della terapia, spesso non raggiungibile nei pochi giorni di ricovero negli ospedali per acuti, avviare e monitorare una prevenzione secondaria efficace, limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche delle malattie cardiovascolari soprattutto se in fase avanzata, e migliorare la capacità funzionale e quindi la qualità della vita.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario che la offerta della RC sia largamente flessibile nel senso di privilegiare nel singolo malato un diverso approccio, riabilitativo-preventivo sia in termini di complessità che di modalità delle prestazioni erogate (ambulatoriale, day hospital, degenza).

La titolarità del governo della RC

Per quanto attiene, infine, alla titolarità della del governo della riabilitazione cardiologica è da sottolineare ancora una volta, che la RC nelle sue varie articolazioni organizzative degenziale, day hospital, ambulatoriale, è, nel nostro paese, da molti anni

operante nell'ambito di unità operative complesse a direzione cardiologica o in strutture semplici afferenti a UO di cardiologia, comunque fortemente integrate nella rete assistenziale e nel percorso sanitario del paziente cardiopatico. Questa integrazione garantisce, come definito dal documento della federazione Italiana di Cardiologia, la gestione della fase postacuta, ma anche la continuità assistenziale di patologie croniche come lo scompenso cardiaco, permettendo la realizzazione di un modello gestionale appropriato nelle varie fasi della malattia. Sono ormai consolidate, inoltre, le evidenze che documentano come la RC non si identifica con l'esercizio fisico e come la stessa applicazione di quest'ultimo in pazienti a rischio elevato richieda comunque conoscenze fisiopatologiche e cliniche tipiche ed esclusive della cultura cardiologica. La titolarità e la responsabilità di governo della RC dunque non possono che essere della cardiologia al di là delle improvvise richieste di specialisti nel cui percorso formativo è assente ogni contenuto cardiologico.

Il messaggio del Ministro della Salute spero sia di buon auspicio per una buona riuscita dei lavori.

“Considero il mondo che voi rappresentate molto importante per la nostra Sanità, reputo la vostra professionalità una risorsa da valorizzare all'interno del Progetto Sanitario Nazionale, sono certo che questo incontro, al quale parteciperanno numerosi esperti di livelli nazionale, sarà occasione per un'analisi approfondita, un confronto costruttivo sulle patologie cardiovascolari, nei confronti delle quali il Ministero della Salute è molto attento. Le patologie dell'apparato cardiovascolare costituiscono la prima causa di morte della popolazione e, per que-

sto motivo, nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, prendendo atto della gravità delle patologie cardiovascolari, sia in termini di morbidità che di mortalità, sono delineati tre livelli d'intervento su cui indirizzare l'impegno del Servizio Sanitario Nazionale:

- prevenzione delle patologie cardiovascolari;*
- gestione degli eventi acuti;*
- presa in carico dei pazienti cronici mediante una forte integrazione territorio-ospedale.*

Un numero rilevante di decessi e di infermità derivanti dalle malattie cardiovascolari potrebbe infatti essere evitato attraverso semplici accorgimenti in misure preventive. Ecco perché è importante diffondere la cultura della prevenzione e della promozione della salute. A tal fine, il Ministero sta proseguendo con l'attività di comunicazione volta alla prevenzione delle patologie cardiovascolari attraverso la messa appunto di una nuova campagna ad hoc realizzata in collaborazione con fondazioni, società scientifiche, e con l'associazione di volontariato e l'associazione di malati più rappresentative a livello nazionale. Altrettanto rilevante è la continuità assistenziale tra ospedale e territorio per assicurare un adeguato controllo delle condizioni cliniche del malato. Per garantire la continuità delle cure, ridurre le recidive e i ricoveri occorre quindi prestare attenzione all'intero percorso assistenziale del paziente garantendo prevenzione, continuità assistenziale, comunicazione tra diversi operatori, tempestività di diagnosi e cura, con un salto di qualità davvero auspicabile a tutto vantaggio del paziente. Nel complimentarmi ancora per la vostra iniziativa di aggiornamento e studi di un tema di riabilitazione cardiologica, porgo il mio saluto a tutti i presenti con i migliori auguri di buon lavoro”.