

# La Cardiologia Riabilitativa nei piani sanitari della regione Campania

## Cardiac Rehabilitation in the Health Plans of Campania

Anna Scaglione, Carmine Chieffo, Giovanni Gregorio<sup>1</sup>, Carmine Riccio<sup>2</sup>,  
Giuseppe Rosato<sup>3</sup>, Marino Scherillo<sup>4</sup>

Monaldi Arch Chest Dis 2007; 68: 121-128.

Cardiologia Riabilitativa, "Clinic Center" di Napoli.

<sup>1</sup> UO di Cardiologia UTIC, AO "S. Luca" di Vallo della Lucania (Salerno).

<sup>2</sup> UO di Cardiologia Riabilitativa, AORN "S. Sebastiano" di Caserta.

<sup>3</sup> UO di Cardiologia UTIC, AORN "Moscati" di Avellino.

<sup>4</sup> UO di Cardiologia UTIC, AORN "Rummo" di Benevento.

Nell'ultimo ventennio la legislazione italiana, a più riprese e sempre più frequentemente con Atti nazionali e regionali, ha recepito la priorità di recuperare e migliorare la funzione lesa e quindi di aumentare l'autonomia e la qualità di vita di pazienti affetti da qualunque patologia. Per quanto riguarda la Cardiologia, quella Riabilitativa in particolare, sono state emanate importanti e sostanziali Leggi che ne hanno regolamentata tutta l'attività in linea con le variate necessità assistenziali [1].

### La cardiologia riabilitativa nei piani sanitari nazionali

Con il **Decreto Legge (DL) 595/85**, per la prima volta nella nostra Legislatura, veniva infatti introdotto l'obbligo di dedicare alla funzione riabilitativa la quota di 1 posto letto ogni 1.000 abitanti dei 6.5 posti letto individuati come indispensabili per garantire una assistenza sanitaria ottimale in Italia.

Successivamente il **Decreto del Ministero della Sanità (DMS) del 13.09.88**, nel determinare gli standard del personale ospedaliero, faceva anche riferimento alla funzione di riabilitazione post-acute, mentre il **DL 537/93**, nel portare definitivamente a 5.5 il numero globale dei PL per mille abitanti, stabiliva di riservarne 1/1.000 per la riabilitazione e la lungodegenza.

Finalmente poi la **Legge di Riforma Sanitaria**, articolata nel **DL 502/92**, che introduceva tra l'altro il sistema del pagamento a prestazioni, delineava più compiutamente gli ambiti e le funzioni della riabilitazione, sulla scorta della opportunità di differenziare, anche in termini economici, l'assistenza a pazienti acuti da quella fatta a pazienti che necessitavano invece di un trattamento riabilitativo post-acute [2]. Infatti nel DL veniva chiaramente affermato che anche se il pagamento per caso trattato comporta un ovvio incentivo ad una dimissione tempestiva dei pazienti ricoverati in U.O. per acuti, fatte salve l'efficienza tecnica e l'appropriatezza d'uso delle risorse, questo sistema può però comportare rischi per la salute del paziente e per il suo recupero funziona-

le, in carenza di una assistenza post-acuta necessaria a garantire la continuità assistenziale [3].

Ma il definitivo riconoscimento formale della specificità della Riabilitazione del Cardiopatico avveniva nel **Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1994-96**, in cui al capitolo 4, relativo all'Attività di Riabilitazione, tra le quattro categorie diagnostiche evidenziate come prioritarie e che corrispondono ad altrettante attività di *riabilitazione specialistica*, veniva dato largo spazio alla *Riabilitazione Cardiovascolare*, per la rilevanza epidemiologica della malattie CV e la urgenza di assicurare livelli di idonea assistenza ai cardiopatici post-acuti [4]. Per rendere infatti funzionale l'attività per acuti, il suddetto PSN riconosceva la necessità di programmare una organizzazione che ne supportasse la continuità assistenziale: nella stessa sede ospedaliera, in stretto collegamento con le unità operative per acuti, andavano pertanto istituite unità operative o settori funzionali per la riabilitazione, con il compito di avviare precocemente il programma di recupero. Per talune riabilitazioni specializzate, come quella *cardiologica* e quella *pneumologica*, che rivestono caratteristiche specifiche e per le quali bisogna prevedere l'intervento riabilitativo già durante il ricovero in urgenza ed emergenza, si rendevano necessarie articolazioni dipartimentali (DPT) più o meno complesse, con una organizzazione funzionale nell'ambito delle singole unità operative per acuti.

Pertanto, rilevanza epidemiologica, coordinamento con le strutture specialistiche per acuti, continuità assistenziale a lungo termine costituivano, in definitiva, il sostanziale recepimento in un atto legislativo di quei presupposti culturali ed organizzativi peculiari della Cardiologia Riabilitativa, già previsti dalle Società Scientifiche di settore e peraltro codificati anche nelle *Raccomandazioni per la Riabilitazione CV* dal comitato degli esperti dell'OMS [5]:

- la Riabilitazione Cardiologia (RC) deve essere parte integrante del trattamento a lungo termine di tutti i cardiopatici;
- il programma riabilitativo deve essere elaborato e condotto da personale competente e dedicato, professionalmente esperto;

- è opportuno sollecitare il coinvolgimento dei familiari;
- i programmi devono prevedere un controllo per la valutazione della loro efficacia;
- ***i Piani Sanitari Nazionali e Regionali devono prevedere la RC nel contesto di DPT cardiologici ospedalieri o in specifici Centri di Riabilitazione.***

A questo proposito, nell'Atto di Intesa Stato-Regioni [6]), propedeutico alla elaborazione del PSN, erano già stati identificati tre diversi livelli di assistenza e di intervento riabilitativo, a complessità sempre crescente. In verità questo documento, fondamentale testo di riferimento per la programmazione sanitaria sia a livello nazionale che regionale, è stato recepito in pieno e adattato alla realtà cardiologica, in una propria proposta, dal GIVFRC [7] e successivamente, in un atto congiunto, dall'ANMCO e dalla SIC, le due maggiori Società Medico-Scientifiche della Cardiologia Italiana [8].

Le nuove modalità organizzative della riabilitazione sono state ben evidenziate nel successivo **PSN 1998-2000** [9], in cui vengono rispettati e rafforzati gli stessi snodi programmatici del precedente PSN. Infatti il Piano, tra i suoi punti qualificanti, inserisce la necessità di favorire comportamenti e stili di vita per la salute, basati sul controllo dei fattori di rischio, di contrastare le patologie più importanti attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria, di aiutare infine i pazienti a convivere attivamente con la cronicità della loro malattia attuando la continuità assistenziale. Il PSN identifica inoltre, tra i 5 obiettivi principali prefissati, l'urgenza di ***“portare la sanità italiana in Europa”***, dal momento che vi sono divari tra l'Italia ed il resto della Comunità Europea che riguardano settori di attività e processi organizzativi il cui superamento richiede un profondo cambiamento culturale oltre che di razionalizzazione. Uno di questi settori è la Riabilitazione, che costituisce un terreno elettivo per la integrazione di diversi interventi plurispecialistici da realizzare valorizzando la continuità terapeutica.

L'assistenza riabilitativa, comprendente ***strutture e servizi a diversi livelli*** con diverse modalità di organizzazione, deve garantire la valutazione del bisogno e l'inquadramento diagnostico sulla base di programmi terapeutici e riabilitativi, convalidati da evidenze scientifiche di efficacia. In sede ospedaliera gli interventi devono essere organizzati in modo che la riabilitazione venga garantita ed effettuata o in reparti autonomi dotati di PL oppure in servizi afferenti nelle diverse unità operative. Per quanto riguarda i reparti di alta specialità riabilitativa, la riabilitazione è parte integrante della organizzazione di tali unità operative. È inoltre necessario stabilire collegamenti organici tra prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere per attivare circuiti riabilitativi finalizzati alla continuità ed efficacia assistenziale.

Il Piano demanda poi alle Regioni il compito di programmare e gestire gli obiettivi della riabilitazione:

- garantire la continuità assistenziale assicurando l'organica collocazione della riabilitazione nel circuito ***“prevenzione - cura - riabilitazione”***;
- assicurare l'efficacia delle prestazioni rese;
- articolare i livelli di intensità delle prestazioni.

Infine le linee programmatiche di questo PSN sono state interamente recepite nel **PSN 2003-2005** che infatti, al capo 3, identifica la necessità di abbattere l'attuale ancora troppo elevata mortalità in Italia per malattie CV, che nei soggetti al di sotto dei 65 anni di età è registrata pari a circa il 45% di tutti i casi di morte, pone l'obiettivo di tentare di ridurla almeno al 40% ed afferma che ***“per contrastare le malattie CV è importante intensificare gli sforzi nella direzione della prevenzione primaria e secondaria, attraverso le modifiche dei Fattori di Rischio ed il trattamento con farmaci appropriati”***.

Le indicazioni di questi PSN sono state poi essenziali per riorganizzare e strutturare la Cardiologia, compresa quella Riabilitativa, nei Piani Sanitari Regionali, articolati nell'ottica della regionalizzazione e dell'aziendalizzazione della Sanità, prevista dalla legge di Riforma Sanitaria.

Le Società Scientifiche di settore hanno molto contribuito alla costruzione dei Piani attraverso la emanazione di apposite Linee Guida. Per la Cardiologia si sono distinte in particolare l'ANMCO e la SIC associate nella FIC (Federazione Italiana di Cardiologia), elaborando opportuni modelli organizzativi nel secondo documento congiunto ***“Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia”*** [10]. Altrettanto meritoria è stata l'attività svolta in questo senso dal Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR), che, in risposta alle sollecitazioni dei PSN a sviluppare programmi di intervento per garantire una continuità assistenziale ottimale ai cardiopatici in esito ad un evento acuto, aveva a suo tempo già elaborato Linee Guida per la Riabilitazione del Cardiopatico [11-12]. Queste dovevano rappresentare lo strumento per espandere le conoscenze sugli obiettivi, sulle componenti e sui risultati della riabilitazione e, nel contempo, costituire le raccomandazioni del GICR, basate sulle evidenze scientifiche, per l'organizzazione dell'attività di cardiologia riabilitativa e di prevenzione sul territorio.

### **La cardiologia riabilitativa nei piani sanitari della Campania**

La **Campania** è stata tra le Regioni più sollecitate a cogliere i nuovi indirizzi in ordine alla strutturazione dell'attività di Cardiologia e di quella Riabilitativa in particolare, di volta in volta emanati dalla legislazione italiana, recependo nel contempo anche le indicazioni contenute nelle Linee Guida, prima dette, appositamente elaborate dalle Società Scientifiche di settore. Infatti, dopo anni di ingiustificata assenza di una specifica normativa regionale per la gestione non solo della Cardiologia ma della intera sanità campana, delegata il più delle volte ad interventi legislativi parcellari, temporanei e non risolutivi, soltanto nel 1994 il Consiglio Regionale produceva due importanti **Leggi Regionali (LR)** che finalmente strutturavano globalmente l'attività sanitaria in modo organico e coerente: **LR n. 2/94** e la **LR n. 32/94**.

La prima (LR n. 2/94), finalizzata alla costruzione di un **Sistema Integrato Regionale per l'Emergenza Sanitaria (SIRES)** in grado di assicurare una organizzazione veramente efficiente e risolutiva ai

problemi dell'emergenza della Campania, differenziava e riqualificava di fatto gli ospedali in base alla complessità crescente delle strutture in:

- Ospedali sede di Pronto Soccorso Attivo (**PSA**).
- Ospedali sede di Dipartimenti di Emergenza-Accettazione (**DEA di I-II livello**).
- Ospedali sede di Centro di Emergenza Regionale (**CER**).

Questa **LR** attribuiva il dovuto rilievo alla Cardiologia, organizzandola in una serie differenziata di strutture:

- in tutti gli ospedali PSA veniva collocato un Servizio di Cardiologia con posti-letto, inoltre nella metà di queste strutture era prevista anche un'area di *Assistenza Intensiva Cardiologica (AIC)*;
- nei DEA si prevedeva la istituzione di una Divisione di Cardiologia con UTIC, con possibilità di organizzare anche Servizi di Cardiologia, di Elettrostimolazione, di Emodinamica e di Pronto Soccorso Cardiologico, strutturati in base alla complessità del DEA, alla dimensione del territorio, alla popolazione afferente ed alla coesistenza di altri presidi ospedalieri nella zona;
- nei DEA ancora più complessi (alcune Aziende Ospedaliere ed i CER) si dovevano infine programmare Divisioni di Cardiochirurgia.

La seconda (LR n. 32/94), o **Piano di Riordino del Sistema Sanitario Regionale**, aboliva le 61 **USL**, in cui era frammentata l'organizzazione di tutta l'attività sanitaria della Campania, accorpandole in 20 Aziende Sanitarie:

- 13 Locali (**ASL**) comprendenti soprattutto presidi ospedalieri sede di PSA e di DEA di I livello;
- 7 Aziende Ospedaliere (**AO**) identificate nei presidi ospedalieri qualificati di "rilievo nazionale" (**AORN**) dal DPCM 8.4.93, quindi DEA di II livello, a gestione autonoma, in cui l'attività veniva strutturata in 3 specifici Poli, a loro volta articolati in Dipartimenti:
  - Polo dell'Emergenza-Accettazione.
  - Polo di Medicina e Chirurgia.
  - Polo per le Malattie Cardiovascolari.

Pertanto, per l'alto impatto epidemiologico delle malattie CV anche in Campania, questa LR stabiliva la necessità di organizzare l'attività di cardiologia in un apposito Polo, in cui dovevano essere pre-

viste tra l'altro strutture dedicate di cardiologia riabilitativa [13].

Ma è stato nel successivo **Piano Regionale Ospedaliero (PRO) della Campania per il Triennio 1997-1999** [14], elaborato soprattutto per integrare ed implementare le due LR del 1994, che la Cardiologia ha finalmente visto realizzata la sua organica e definitiva strutturazione. Il Piano infatti recepisce per la Cardiologia i 3 livelli di intervento organizzativi e funzionali definiti dal relativo PSN, articolandoli con le modalità contenute nella tabella 1.

Il PRO riserva pertanto particolare attenzione alle attività dirette al recupero funzionale dei cardiopatici. Infatti, strutturando e ripartendo, tra l'altro, l'assistenza in **5 Aree** di intervento, ne riserva una dedicata esclusivamente alla **Riabilitazione**, a sua volta configurata in:

- *Lungodegenza e Riabilitazione non specialistica.*
  - *Riabilitazioni Specializzate: cardiologica, respiratoria, ortopedica, psichiatrica e neurologica.*
- Per la Cardiologia Riabilitativa inoltre prevede:
- *specifiche Unità Operative (UO) in stretto collegamento con quelle per acuti, con carico assistenziale degenziale anche nella fase post-acuta,*
  - *Posti Letto (PL) dedicati, con separazione anche amministrativa delle due aree di degenza.*

Viene così finalmente riconosciuta e formalizzata la necessità di strutturare in modo organico ed autonomo la Cardiologia Riabilitativa. Infatti nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale della Cardiologia ciascuna Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (AORN) deve prevedere la istituzione di una specifica U.O. di Cardiologia Riabilitativa.

Nel Piano inoltre, essendo stato identificato un indice regionale di attribuzione di **5.17 PL** per 1.000 abitanti, pari ad un totale di n. **29.006 PL**, sulla scorta di una capillare analisi sulle necessità assistenziali della Regione Campania per garantire l'ottimizzazione delle risorse in attuazione del **DL n. 537/93** e del **DR n. 280/96**, per le strutture di cardiologia, compresa quella riabilitativa, si configurano i seguenti indici di attribuzione con i relativi PL:

- **0.130** per la Cardiologia, pari a **730 PL** globali
- **0.047** per le UTIC = **PL 270**
- **0.837** per l'Area Riabilitazione = **PL 4.093**
- **0.027** per la Cardiologia Riabilitativa = **PL 150**

Tabella 1. - PRO 1997-99 della Campania: organizzazione della cardiologia

LIVELLI	STRUTTURE	FUNZIONI
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatori</li> <li>• Servizi di Cardiologia con o senza PL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergenza/urgenza</li> <li>• Diagnostica</li> <li>• <i>Eventuale riabilitazione post-acuta e gestione a lungo termine del cardiopatico ad Alto Rischio</i></li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UO di Cardiologia con UTIC</li> <li>• <i>Strutture di Cardiologia Riabilitativa nell'ambito delle UO di Cardiologia</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trattamento di cardiopatici ad impegno diagnostico ed assistenziale particolare, anche con diagnostica incruenta</li> <li>• <i>Riabilitazione post-acuta</i></li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UO di Cardiologia con UTIC, Emodinamica, Elettrostimolaz.</li> <li>• UO di Cardiochirurgia</li> <li>• <i>UO di Cardiologia Riabilitativa</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiologia interventistica</li> <li>• CCH in urgenza ed elezione</li> <li>• <i>Riabilitazione intensiva degenziale</i></li> </ul>

Nel contempo un censimento condotto dal GICR nella Regione della Campania aveva registrato, al 31 dicembre 1998, una carenza di PL per le strutture di Cardiologia Riabilitativa, soprattutto nelle AORN, rispetto a quanto previsto dal Piano. Queste strutture attive erano comunque in grado di erogare, ai cardiopatici in esito ad un evento acuto, una assistenza ottimale sia ambulatoriale che degenziale a ciclo continuo e/o diurno, riportata in tabella 2.

Di fondamentale rilievo per la gestione ottimale dell'intera sanità campana sono state poi le indicazioni contenute nel **Piano Sanitario Regionale (PSR) della Campania 2002-2004** [15].

Per quanto riguarda la Cardiologia il PSR ritiene indispensabile stabilire specifici obiettivi di salute, identificati nel Capo 4, da perseguire e raggiungere soprattutto attuando misure di prevenzione:

4.1 Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute:

– *dieta, fumo, attività fisica.*

4.2 Contrastare le principali patologie:

– *malattie cardiovascolari*

4.5 Migliorare l'organizzazione e la gestione di aree prioritarie e/o critiche:

– *riabilitazione.*

Infatti, partendo dal presupposto che il Piano Sanitario Nazionale, relativamente alle malattie cardio e cerebrovascolari, aveva specificamente sottolineato la necessità di dedicare particolare attenzione alle differenze registrate nella incidenza e nella mortalità tra le diverse aree geografiche, al fine di realizzare interventi orientati ad incidere sulla diminuzione dei fattori di rischio (FR), unanimemente riconosciuti nella abitudine al fumo di tabacco, nella ridotta attività fisica, nelle abitudini alimentari che favoriscono eccesso ponderale, elevati livelli di colesterolemia, elevati livelli di pressione arteriosa ed il diabete mellito, il PSR 2002-2004 riconosce la necessità di abbattere questi FR per ottenere una riduzione della letalità per malattie cardiovascolari.

Il PSR riafferma che, per quanto riguarda gli interventi, è ormai dimostrato come la mortalità ospedaliera per infarto acuto del miocardio (IMA), rispetto a quanto avveniva negli anni '60 prima dell'apertura delle Unità di Terapia Intensiva Coronaria

(UTIC), sia notevolmente diminuita e, dopo l'introduzione della terapia trombolitica, si sia ridotta ulteriormente. Ciò che resta invariata nel tempo è la quota di pazienti affetti da IMA che muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi, prima di giungere all'osservazione di un medico. Si riscontra nel contempo una grave sofferenza della gestione dei pazienti in esito all'evento acuto, pur essendo *“ampiamente dimostrato che nei pz reduci da IMA un adeguato programma di riabilitazione cardiologica migliora sensibilmente la capacità lavorativa e riduce la mortalità e la morbilità per cause cardiovascolari”*.

Sulla scorta di queste premesse il PSR 2002-2004 ne definisce gli **OBIETTIVI GENERALI**:

- Riduzione della mortalità per malattie ischemiche del cuore ed in particolare per infarto acuto del miocardio, avvicinando i valori dei dati campani a quelli nazionali.
- Riduzione della mortalità e disabilità per malattie cerebrovascolari, avvicinando i valori dei dati campani a quelli nazionali.
- Prevenzione di nuovi casi di scompenso cardiaco negli individui a rischio con riduzione del numero dei ricoveri per tale patologia.
- Riduzione mortalità e disabilità in pazienti cardiopatici congeniti adulti.

A tal fine vengono indicate le seguenti *azioni*:

A) **Interventi finalizzati alla prevenzione nella popolazione generale**

- Sviluppare iniziative di informazione ed educazione sanitaria per ridurre l'abitudine al fumo, promuovere l'attività fisica anche semplice e diffondere abitudini di sana alimentazione orientata ad una riduzione del consumo di pasti ipercalorici.
- Sviluppare iniziative di sensibilizzazione rivolte ai medici ed agli operatori sanitari orientate ad aumentare il livello di attenzione verso la promozione di stili di vita e comportamenti che favoriscano lo stato di salute.
- Sviluppare iniziative tese a stimolare interventi per il monitoraggio ed il controllo della pressione arteriosa; il controllo dell'ipercolesterolemia e del diabete mellito in base alle indicazioni poste dai numerosi trial randomizzati e controllati riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale.

Tabella 2. - Attività di cardiologia riabilitativa in Campania

STRUTTURA	PL	Deg	D-H	Amb	Totale
A.O. Moscati di AVELLINO	–	–	67	98	165
A.O. di CASERTA	18	838	74	305	1.217
A.O. “Monaldi” di NAPOLI	–	–	209	–	209
Università “Federico” di NAPOLI	6	138	112	–	250
IRCCS Fondazione “Maugeri” (BN)	40	975	0	–	975
“Clinic Center” di NAPOLI	20	121	104	–	225
Campolongo Hospital di Eboli (SA)	20	256	61	–	317
<b>TOTALE</b>	<b>104</b>	<b>2.323</b>	<b>627</b>	<b>403</b>	<b>3.353</b>

- Elaborare analisi epidemiologiche mirate allo studio delle relazioni tra le abitudini voluttuarie, quelle alimentari e malattie CV.
- B) **Interventi finalizzati alla prevenzione negli individui a rischio**
  - Garantire la continuità terapeutica con mezzi farmacologici e non, secondo quanto ritenuto di provata efficacia dalla comunità scientifica, anche con programmi di dimissione precoce protetta.
  - Migliorare l'accessibilità agli interventi di riabilitazione.
  - Completare l'attivazione della riabilitazione cardiologica.
  - Assicurare la continuità assistenziale in collegamento con i successivi interventi riabilitativi dei livelli intermedio ed estensivo, in rapporto integrato Ospedale - Distretto - Domicilio.
- C) **Interventi finalizzati al miglioramento dell'efficienza ed efficacia organizzativa**
  - Istituzione di Centri Regionali di riferimento per le alte specialità.
  - Istituire una commissione regionale con il compito di emanare linee-guida per la promozione degli interventi relativi alla riabilitazione del cardiopatico e della verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente PSR.

In sostanza gli obiettivi disegnati dal PSN 2002-2004 e le azioni promosse per raggiungerli rispondono in pieno ai contenuti culturali, programmatici ed organizzativi propri della Cardiologia Riabilitativa.

Quanto previsto da questo PSN viene riaffermato ed implementato nel *Piano Regionale Ospedaliero della Campania per il triennio 2007-2009* ultimamente licenziato dalla Giunta Regionale Campania [16].

Nella sua parte introduttiva si afferma che, in concreto, la filosofia e gli obiettivi a cui il Piano è ispirato è quella che deriva dalle linee di tendenza legislative e culturali che ispirano la programmazione regionale ovvero:

- potenziamento e valorizzazione delle *Alte Specializzazioni* anche con l'obiettivo della riduzione della migrazione sanitaria in alcune discipline strategiche quali la cardiocirurgia, l'ematologia, l'oncologia;
- riorganizzazione del *Sistema di Emergenza*, anche attraverso risposte tecnologicamente avanzate;
- *rivisitazione e sviluppo delle attività di riabilitazione*, con il riequilibrio dell'offerta pubblica e privata ispirata agli obiettivi di salute della popolazione;

L'organizzazione ottimale dell'assistenza cardiologica, sia in emergenza che nella fase post-acute, viene configurata secondo il modello di rete integrata coordinata: le reti, comprendenti strutture di alta specialità, consentono maggior dinamismo all'assistenza rapportandola ai vari gradi di complessità. Nel suo contesto la sede dell'assistenza, superata una determinata soglia di complessità, viene trasferita da unità periferiche (spoke) ad unità centrali di riferimento (hub). Una volta risolta l'emergenza e stabilizzata la patologia il cardiopatico può ripercorrere il cammino inverso.

Nel Piano viene sostanzialmente recepito il modello assistenziale proposto dal Documento della Federazione Italiana di Cardiologia [10], grazie all'intensa opera di una Commissione Tecnica-Scientifica di cui facevano parte alcuni membri del CD dell'ANMCO Campania.

Il bisogno assistenziale del paziente cardiopatico registra, in Regione Campania, una risposta ormai consolidata su livelli in linea con le regioni più evolute. Occorre peraltro coniugare la qualità con la ottimizzazione delle risorse ed il concetto di rete integrata appare la risposta naturale alle necessità del settore sanitario.

Obiettivi strategici da perseguire all'interno della rete sono tra l'altro:

- A) promuovere la *prevenzione CV primaria e secondaria*;
- C) favorire l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri;
- E) garantire la *continuità assistenziale* con percorsi diagnostici e terapeutici condivisi.

Specializzazione e cooperazione tra strutture sono le caratteristiche dell'organizzazione in rete, per cui diviene fondamentale la comunicazione sia tra territorio ed ospedali che all'interno degli stessi ospedali. Infatti, nel disegnare al **Cap. 5.9.3** il modello organizzativo dell'emergenza in cardiologia, viene ribadito che **l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)** rappresenta la struttura centrale, intesa quale nodo in grado di gestire prioritariamente il percorso assistenziale dei pazienti cardiopatici complessi e quale interfaccia rispetto alle strutture sanitarie del territorio. È pertanto la sede appropriata per la cura e la gestione del paziente colpito da sindromi coronariche acute (SCA) e da tutte le emergenze cardiovascolari.

Ogni **UTIC** deve avere disponibilità di accesso quanto più immediato possibile (on site o per struttura di rete) ad:

- A) un laboratorio di emodinamica;
- B) un laboratorio di aritmologia interventistica;
- C) un centro cardiocirurgico;
- D) **una struttura di cardiologia riabilitativa**.

Il rapporto di riferimento letto UTIC/popolazione è di 1 a 25.000 abitanti. La dimensione minima della terapia intensiva cardiologica inglobata in una struttura complessa di cardiologia è di almeno 4 posti letto (per essere autonoma, deve avere le dimensioni stabilite per le U.O.C.).

Il rapporto ottimale – letto UTIC/letto degenza cardiologia – è di almeno 1 a 3.

Anche in questo Piano viene ribadito che le *“UOO di Cardiologia Riabilitativa Intensiva Postacuta devono essere presenti all'interno di ogni rete di cardiologia a livello provinciale”*.

Infatti, trattando le *discipline riabilitative* al **cap. 7.2**, il PRO 2007-2009 afferma che l'incremento della domanda di riabilitazione, registrato negli ultimi anni, richiede:

- una strutturazione ampia e completa del settore ospedaliero e, più ampiamente, di quello degenziale;
- la sua integrazione con le attività territoriali al fine di consentire la realizzazione di un vero sistema a rete, in grado di *garantire al cittadino la massima continuità assistenziale, dal momento*

dell'evento acuto a quello del reinserimento nella vita familiare e sociale.

È necessario pertanto risolvere ed integrare l'attuale carenza di strutture riabilitative, quelle cardiologiche in particolare. A tal fine il Piano inserisce la Cardiologia Riabilitativa al II livello di intervento o Media Specialità (codice 56) e, constatandone la scarsa diffusione sia in sede ospedaliera che sul territorio, riafferma che questa disciplina:

- è una componente fondamentale dell'assistenza al cardiopatico ischemico post-acuto, post-chirurgico e a quello con Scompenso Cardiaco Cronico in fase di instabilità clinica;
- la sua funzione risulta essenziale in un contesto organizzativo che comporta tempi di degenza per stati acuti sempre più brevi e che non consente:
  - la completa stabilizzazione clinica dei cardiopatici;
  - la corretta valutazione del loro rischio residuo;
  - la necessaria continuità assistenziale.

Pertanto l'obiettivo di un programma di cardiologia riabilitativa deve consistere:

- inizialmente nel raggiungimento e consolidamento della stabilità clinica, mediante la stratificazione diagnostica e prognostica dei cardiopatici e la ottimizzazione dell'intervento terapeutico;
- nel lungo periodo, nella riduzione del rischio di futuri eventi e, in definitiva, nell'attuazione delle misure di prevenzione secondaria.

Strutture riabilitative, con costi relativamente bassi, garantiscono una gestione più idonea dei reparti per acuti cardiologici e cardiocirurgici, consentendo loro una dimissione precoce ma protetta ed un più agile turnover dei PL. *“È indispensabile pertanto che, anche in attuazione di quanto disposto al capo 4.2.1 dal PSR della Campania 2002-2004 (attivazione della cardiologia riabilitativa intensiva) all'interno di ogni rete cardiologica ospedaliera sia presente un centro per la riabilitazione intensiva degenziale, che sia:*

- *totalmente autonomo (di tipo complesso se rientrante nei parametri di cui al punto 4.2.2, E);*
- *o inserito come struttura semplice di cardiologia riabilitativa in U.O.C. di cardiologia”.*

Il PRO 2007-2009, nel riformulare gli indici di attribuzione ed i relativi Posti Letto, valutando l'esistente e rimodulando il fabbisogno secondo quanto proposto dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN) e dalla Conferenza dei Direttori Generali Aziendali (DDGG) in base alle nuove necessità assistenziali, evidenzia una attribuzione di PL soddisfacente per la Cardiologia, le UTIC e la Cardiocirurgia, molto carente invece per la Riabilitazione Specialistica e la Lungodegenza (tabella 3).

Per la Cardiologia Riabilitativa l'indice di attribuzione è di 0.035 PL per mille abitanti pari ad un totale di 200 PL, secondo lo schema riportato in tabella 4.

Indubbiamente il riconoscimento formale e sostanziale della Cardiologia Riabilitativa, in più Atti Legislativi della Regione Campania, rappresenta

Tabella 3. - Campania: PL esistenti e fabbisogno rimodulato (ARSAN e DDGG)

	Presidi Osped.	Aziende Osped.	AUP IRCCS	Case di Cura Accred.	Esistente	Fabbisogno rimodulato	Differenza
<b>Cardiologia</b>	322	220	45	247	834	830	+4
<b>UTIC</b>	122	54	15	36	227	228	+1
<b>Cardiocirurgia</b>	–	105	22	81	208	211	- 3
<b>Riabilitazione Specialistica e Lungodegenza</b>	130	51	186	2.370	2.737 <i>0.48/oo</i>	3.630 <i>0.65/oo</i>	- 893
<b>TOTALE pl per tutte le discipline</b>	7.641	4.730	2.495	5.623	21.497 <i>3.78/oo</i>	22.551 <i>3.92/oo</i>	

Tabella 4. - PRO 2007-2009 della Campania: attribuzione dei PL alle strutture di riabilitazione

	AV 8%	BN 5%	CE 15%	SA 18%	NA 54%	Totale 3.550*
Riabilitazione intensiva multidisciplinare	196	123	367	441	1.323	2.450
<b>Cardiologia Riabilitativa</b>	16	10	30	36	108	200 <b>0.035/oo</b>
Pneumologia Riabilitativa Intensiva	12	8	23	27	80	150
Lungodegenza Riabilitativa e di Base	60	38	113	135	404	750

una importante successo per questa disciplina, anche se l'attuale attribuzione dei PL dedicati sembra essere insufficiente per la reale richiesta di riabilitazione da parte dei cardiopatici.

Un grosso contributo per stabilire in modo ottimale i percorsi riabilitativi dei cardiopatici e renderli quanto più possibilmente uniformi e quindi fruibili da tutti, è stato fornito dai dati ricavati dal Censimento **ISYDE (Italian Survey on Cardiac Rehabilitation)**, condotto dal GICR nel 2002-2003 [17], sulla scorta dei precedenti analoghi censimenti [18, 19, 20, 21, 22, 23], con l'obiettivo di verificare i percorsi effettivamente praticati in Italia nelle varie realtà riabilitative.

Per quanto riguarda la Regione Campania è stato osservato un incremento di attività riabilitativa in linea con l'andamento nazionale e si è registrato un aumento del numero dei PL che infatti da n. 104 censiti nel 1998 sono passati a n. 134 nel 2003, comunque sempre in carenza rispetto ai 200 PL previsti dal PRO della Campania per il triennio 2007-2009.

Analizzando ulteriormente i dati dell'ISYDE, anche in Campania i cardiopatici operati costituiscono la principale tipologia dei pazienti trattati (54,6%), mentre quelli in fase post-infartuale sono il 23,7% e quelli con SCC il 13,2%.

Per quanto riguarda i percorsi seguiti nella varie strutture della Regione:

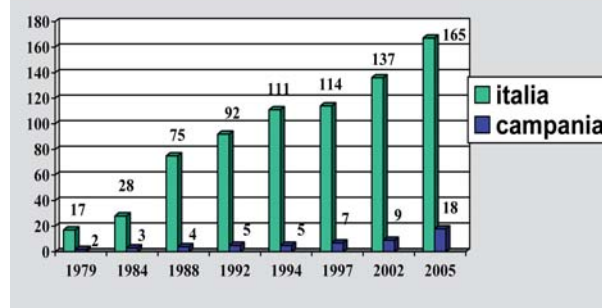
- la Valutazione Funzionale viene eseguita nella quasi totalità dei casi mediante Tets Ergometrico iniziale e finale, nel contempo si osserva un buon impiego del Test Cardiopolmonare (65%) e del Test dei 6 minuti (68%);
- il Training Fisico allenante viene condotto in media 3-4 volte a settimana, nella stragrande maggioranza dei casi con l'ausilio della telemetria;
- la valutazione alimentare è fatta nel 55% dei casi da un dietologo e nei rimanenti casi comunque

da una figura medica (cardiologo, diabetologo, internista), per lo più mediante diario e con prescrizione di dieta;

- la valutazione psicologica e l'intervento psico-comportamentale, soprattutto con incontri di gruppo, viene praticata nel 68% dei pazienti;
- le figure professionali coinvolte nel team riabilitativo sono nel 100% dei casi fisioterapisti ed infermieri professionali(24).

Per quanto riguarda le strutture dedicate alla riabilitazione del cardiopatico in questi ultimi anni si è registrato in Campania un loro sensibile incremento: si è infatti passati dai n. 9 Centri censiti dall'ISYDE nel 2002 ai n. 18 accertati alla fine del 2006, in linea con la tendenza nazionale come si evince dalla tabella 5.

Tabella 5. - Evoluzione delle Strutture di Cardiologia Riabilitativa in Italia ed in Campania



In verità le strutture che dichiarano di eseguire attività di Cardiologia Riabilitativa e che quindi hanno accesso al **Codice 56** (Riabilitazione Specialistica) risultano, al 30 giugno 2007, presso l'Assessorato Regionale alla Sanità essere addirittura n. 21 e così articolate (tabella 6):

Tabella 6. - Campania: strutture di cardiologia riabilitativa

<b>A1</b>	1. A.O. "Moscati" di Avellino	UO Struttura Complessa in DPT di Card.
	2. A.O. "San Sebastiano" di Caserta	UO Struttura Complessa in DPT di Card.
	3. IRCCS Fondazione "Maugeri" di Telesse (BN)	UO Struttura Complessa in DPT
	4. A.O. "Cardarelli" di Napoli	UO Struttura Complessa
	5. Università "Federico II" di Napoli	UO Struttura Complessa
	6. P.O. di S. Angelo dei Lombardi (AV)	UO Struttura Complessa
	7. A.O. "Rummo" di Benevento	Struttura Semplice in DPT di Cardiol.
	8. P.O. "San Luca" di Vallo della Lucania (SA)	Struttura Semplice in DPT di Cardiol.
	9. P.O. di Giugliano (NA)	Struttura Semplice Dipartimentale
<b>A2</b>	1. Casa di Cura "Villa delle Magnolie" di Castelmorrone (CE)	
	2. Casa di Cura "Clinic Center - S. Paolo" di Napoli	
	3. Centro Medico di Riabilitazione di Eboli (SA)	
	4. Casa di Cura "S.Maria del Pozzo" di Somma (NA)	
	5. Centro Medico "ERRE" di S. Agata dei Goti (BN)	
	6. Casa di Cura "Villa Margherita" di Benevento	
	7. Casa di Cura "Villa dei Fiori" di Acerra (NA)	
	8. Casa di Cura "Villa del Sole" di Caserta	
<b>B1</b>	1. A.O. "Monaldi" di Napoli	Struttura Semplice Dipartimentale
	2. A.O. "Ruggi D'Aragona" di Salerno	Struttura Semplice Dipartimentale
	3. C.T.O. di Napoli	Struttura Semplice
	4. P.O. di Palma Campania (NA)	Struttura Semplice

Decisamente un grosso passo in avanti è stato fatto per lo sviluppo della cultura della Cardiologia Riabilitativa nella Regione Campania e, come si può notare, risulta sempre maggiore il numero delle Aziende Ospedaliere Autonome (AORN) che hanno inserito nei loro Piani Attuativi Aziendali una Struttura Complessa o Semplice di Cardiologia Riabilitativa con PL dedicati, nella maggioranza dei casi nell'ambito di un Dipartimento di Cardiologia.

Ciò consente sempre più nei grandi "ospedali per acuti", come di fatto si stanno ultimamente qualificando le Aziende Ospedaliere, di programmare tutta l'attività cardiologica attuando il modello organizzativo delle reti integrate, indicato dal PRO 2007-2009. In questo modello l'UTIC, collocata come snodo centrale (hub) del percorso assistenziale dell'emergenza cardiovascolare, deve ovviamente avere la possibilità di accesso a strutture di Cardiologia Interventistica (Emodinamica ed Aritmologica), di Cardiochirurgia e di Cardiologia Riabilitativa, perché possa essere interamente completato l'iter dell'emergenza: dalla trombolisi al trattamento degli eventi elettrici, alla rivascolarizzazione meccanica e/o chirurgica ed infine alla stabilizzazione clinica e quindi all'avvio della continuità assistenziale.

In questo contesto gestionale i Presidi Ospedalieri delle ASL al pari delle Strutture Accreditate che anche in regione Campania sono in deciso aumento, svolgono un ruolo altrettanto importante, soprattutto perché in grado di garantire il completamento del percorso riabilitativo e consentire pertanto la necessaria continuità assistenziale ai cardiopatici, una volta superata la fase acuta della loro malattia.

Infine se la Cardiologia Riabilitativa in Campania sta vivendo questo momento di vivace fervore organizzativo, grande merito è da attribuire senz'altro alla presenza attiva e vigile delle Delegazioni regionali delle Società Scientifiche di settore, ANMCO e GICR in particolare, sempre pronte ad interagire con i decisori pubblici, a loro volta in verità abbastanza solleciti a percepire le nuove necessità assistenziali dei cardiopatici.

### Bibliografia

- Chieffo C, Schweiger C. Struttura e Organizzazione Funzionale dell'U.O. di Cardiologia Riabilitativa. *Centro Scientifico Editore* 2000: 301-322.
- Schweiger C, Rusconi F. Aspetti legislativi e di programmazione sanitaria nella riabilitazione del cardiopatico. Costi e benefici. Riabilitazione delle malattie cardiovascolari. *UTET* 1999; cap 39: 359-365.
- Mastrilli F, Taroni F. Proposta di riorganizzazione e finanziamento delle attività di riabilitazione. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 1995.
- Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96. DPR dell'1.3.94; GU n. 107 del 23.7.94.
- Report of a WHO Expert Committee. Rehabilitation after cardiovascular disease, with special emphasis on developing countries. *WHO Technical Report Series* n. 831, Geneva, 1993.
- Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione del PSN 1994-96. Suppl. ordinario alla GU n.8 del 12.1.94.
- GIVFRC. Percorsi riabilitativi nelle malattie cardiovascolari. *Giornale di Riabilitazione*, 13 (Suppl. n. 1), 1997.
- ANMCO-SIC. Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia. *Bollettino Ufficiale dell'ANMCO*, Suppl. 1 al n. 101 del giugno 1996.
- Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000. DPR del 23.7.1998; Suppl. ordinario alla GU n. 288 del 10.12.1998.
- FIC in collaborazione con CEIS-SANITÀ e CNR. Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia. Maggio 2003.
- Ceci V, Chieffo C, Giannuzzi P, Boncompagni F, Jesi P, Schweiger C, Assennato P, Griffo R, Scrutinio D. Guidelines - Riabilitazione Cardiologica. *CARDIOLOGIA* 1999; 44 (6): 543-578.
- Ceci V, Assennato P, Boncompagni F, Chieffo C, Giannuzzi P, Griffo R, Jesi P, Schweiger C, Scrutinio D. Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione Cardiologia. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 1057-1091.
- Chieffo C, Scherillo M. Organizzazione funzionale della Cardiologia in Campania: contributo di una commissione congiunta ANMCO-SIC all'elaborazione del Piano Regionale Ospedaliero. *ANMCO Cardiologia negli Ospedali* giugno 1996.
- Piano Regionale Ospedaliero della Campania per il triennio 1997-99. LR n. 2 del 26.2.1998; *BURC* n. 14 del 10.3.1998.
- ARSAN Campania. Piano Sanitario Regionale della Campania 2002-2004.
- ARSAN Campania. Piano Regionale Ospedaliero della Campania 2007-2009.
- Urbinati S, Fattirolli F, Tramarin R, Chieffo C, Temporali PL, Griffo R, Belardinelli R, Vaghi P, Briolotti L. Il Progetto ISYDE. Lo stato della Cardiologia Riabilitativa in Italia. *Monaldi Arch Chest Dis* Dic 2003; 60: I, 16-24.
- Effective Health Care. Cardiac rehabilitation. *Effective Health Care Bulletins* 1998; Vol. 4, n. 4 ISSN: 0965-0288: 1-12.
- Monpere C. Cardiac rehabilitation guidelines and recommendations. *Dis Managem Health Outcomes* 1998; 4: 143-156.
- Griffo R a nome del GIVFRC. Risultati del censimento 1996-97 della Cardiologia Riabilitativa in Italia. *Giornale di Riabilitazione* 1999; 15: 85-94.
- Giordano A e il GIVFRC. Lo stato della riabilitazione del cardiopatico in Italia. *G Ital Cardiol* 1990; 20: 378-381.
- Lucci D, Fabbri G. Le strutture cardiologiche ospedaliere in Italia. 3° Censimento ANMCO 1995. *E.C.O.* - Firenze 1997.
- Linee guida per le attività di riabilitazione. *Gazzetta Ufficiale* n.124 del 30.5.1998.
- Vanhees L, McGee HM, Dugmore LD, Vuori I, Pentilla UR. The Carinex Survey: Current guidelines and practices in cardiac rehabilitation whit in Europe. *Published by Uitgeverij Acco*, LEUVEN (Belgie) 1999: 72-88.