

# 1<sup>a</sup> Conferenza Nazionale della Cardiologia Riabilitativa e Preventiva

Salvatore Pirelli

*Monaldi Arch Chest Dis 2006; 66: 75-76.*

Nei giorni 3 e 4 marzo u.s. si è tenuta a Napoli la 1<sup>a</sup> Conferenza Nazionale della Cardiologia Riabilitativa in era di Cardiologia interventistica. La manifestazione, che ho avuto l'onore di presiedere in qualità di presidente del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR), è stata realizzata con il patrocinio di ANMCO, SIC e FIC rappresentati ai massimi livelli istituzionali, e grazie all'impegno del direttivo GICR, al contributo di alto valore scientifico degli esperti invitati.

## 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.

La condivisione dei percorsi clinici più adeguati nei diversi contesti tra le figure professionali coinvolte nella gestione dei pazienti ha consentito di far luce su molti aspetti che, apparentemente chiari, non sempre vengono acquisiti nella pratica quotidiana.

La partecipazione ai lavori di rappresentanti delle istituzioni, in particolare del Ministero della Salute, ha permesso inoltre di avviare tra l'altro una riflessione, spero fruttuosa, su un tema assai delicato che riguarda la "titolarità e responsabilità di governo della RC". Il dibattito-confronto con la SIMFER, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, è di fatto in corso e all'attenzione del Consiglio Superiore di Sanità per un giudizio di merito.

## *Definizione del percorso clinico-assistenziale nella fase post-acuta e cronica delle cardiopatie*

Sono state prese in considerazione in primo luogo le sindromi coronariche acute e lo scompenso cardiaco, che sono le situazioni di più frequente riscontro nella pratica clinica e che necessitano di una più puntuale definizione dei percorsi clinico assistenziali: la prima alla luce dei risultati favorevoli di un approccio aggressivo sempre più praticato; la seconda per le enormi dimensioni del problema che necessita 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 pazienti la definizione di un percorso diagnostico e terapeutico che tenga conto della opportunità/necessità di avviare un programma strutturato di prevenzione secondaria e di controlli clinico strumentali differenziati a seconda del grado di disfunzione ventricolare sinistra residua e della estensione della malattia coronarica.

La presentazione delle nuove linee guida per lo scompenso cardiaco acuto ha introdotto la tematica relativa alla insufficienza cardiaca che, soprattutto per la frequenza delle re-ospedalizzazioni, assorbe una grande quantità di risorse nonostante i progressi della terapia farmacologica e chirurgica. Le indicazioni al defibrillatore impiantabile e alla resincronizzazione ventricolare sono sempre più ampie ed i risultati sempre più soddisfacenti in termini di durata e di qualità della vita: tuttavia, la gestione di questi pazienti rimane complessa e necessita continui "aggiustamenti" dal momento che età avanzata, comorbilità e scarsa aderenza alla terapia condizionano qualsiasi tentativo di standardizzazione.

In questo ambito è ormai largamente evidente che la presa in carico da parte del cardiologo di tutti i pazienti con scompenso cardiaco appare insostenibile, e vi è pertanto 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 limitare la progressione della malattia nei pazienti con scompenso manifesto, e per prevenire le recidive ed i ricoveri ospedalieri nel cardiopatico in generale è necessaria una sempre maggiore integrazione tra cardiologo, MMG, paziente e familiari.

## *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 ha affrontato la problematica relativa 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 cardiocirchirurgico la

grandissima maggioranza dei pazienti vengono avviati ad un ciclo di RC che consente una corretta gestione/stratificazione 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 durante la 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: perseguire e realizzare la stabilizzazione clinica e la ottimizzazione della terapia - spesso non realizzabili nei pochi giorni di ricovero negli ospedali per acuti; avviare e coordinare una prevenzione secondaria efficace; limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche delle malattie cardiovascolari soprattutto se in fase avanzata; migliorare la capacità funzionale e quindi la qualità della vita.

È stato sottolineato che per raggiungere questi obiettivi è necessario che l’offerta della RC sia largamente flessibile per poter offrire, in base alle esigenze del singolo paziente, un diverso approccio riabilitativo-preventivo sia in termini di complessità che di modalità delle prestazioni erogate (es. ambulatoriale, in day hospital, degenziale).

### *La titolarità del governo della RC*

Per quanto attiene, infine, alla titolarità della del governo della RC è stato sottolineato ancora una volta come la RC nelle sue varie articolazioni organizzative degenziale, day hospital, e ambulatoriale sia, nel nostro paese, da molti anni operante nell’ambito di UO 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 post-acuta ma anche la continuità assistenziale per 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 identifichi solo con l’esercizio fisico e come la stessa applicazione di quest’ultimo in un paziente a rischio elevato cardiovascolare richieda comunque conoscenze fisiopatologiche 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 e speculative richieste di specialisti nel cui percorso formativo è assente ogni contenuto cardiologico.