

Il programma del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva per il periodo 2004-2005

The program of Italian Working Group on Cardiac Rehabilitation and Prevention for the period 2004-2005

Monaldi Arch Chest Dis 2005; 64: 6-7.

A pochi mesi dalla elezione a Coordinatore del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva vi propongo una serie di considerazioni che ispireranno il mio mandato e il mio operato dei prossimi due anni e che non è stato possibile esprimere in assemblea per motivi di tempo, strettamente contingentato a favore delle presentazioni scientifiche, che sono prioritarie in ogni buon congresso.

Il direttivo precedente mi ha "lasciato" un gruppo in buona salute: il congresso di Torino ha visto una buona partecipazione di medici, terapisti, infermieri, psicologi e un livello scientifico molto elevato, soprattutto per merito dei relatori che sono intervenuti con passione e competenza. Un ringraziamento sentito dunque ai partecipanti, agli artefici della manifestazione Margherita Vona e Biagio Ingnoli, che hanno lavorato a lungo per realizzare a livello di organizzazione locale un prodotto di qualità, e al comitato scientifico: Francesco Fattirolli, Romualdo Belardinelli, Carmine Chieffo, Gigi Temporelli, Roberto Tramarin, Carlo Vigorito.

Il nuovo consiglio direttivo composto da Mario Chiato, Maurizio Ferratini, Raffaele Griffo, Margherita Vona, Carlo Vigorito, Francesco Fattirolli e dal sottoscritto, è garanzia di impegno e dedizione ad un obiettivo comune: contribuire allo sviluppo della cardiologia riabilitativa italiana che negli ultimi anni ha saputo imporsi alla attenzione del mondo scientifico internazionale con una serie di studi e di iniziative di alto profilo culturale. L'obiettivo è certamente ambizioso, ma con l'aiuto dei nostri associati cercheremo di mantenere i livelli di eccellenza già raggiunti, come è documentato dal prestigio di cui gode la cardiologia riabilitativa in Europa.

Il contesto

I progressi tecnologici e l'evoluzione delle conoscenze che fanno della cardiologia una delle discipline che hanno registrato i maggiori progressi negli ultimi tempi, ci consentono oggi di trattare con successo pazienti che fino a pochi anni fa sembravano non avere alcuna prospettiva. Nello stesso tempo i problemi economici del paese, peraltro sempre più stringenti, hanno sostanzialmente imposto una maggiore attenzione verso la riduzione dei costi che si realizza, in massima parte, con una crescente e significativa contrazione del numero e della durata delle degenze.

Il nostro modo di trattare i pazienti è profondamente cambiato: gli ospedali per acuti, sempre più

tecnologicamente avanzati, si limitano necessariamente a risolvere nel più breve tempo possibile il problema contingente rinviando, a volte, ad un "generico" follow-up il problema complessivo del paziente. Questo approccio induce tuttavia una serie di problemi che paradossalmente rischiano di vanificare, almeno in parte, i risultati eccellenti ottenuti nella gestione della fase di acuzie della malattia.

Vi sono poi molte evidenze che una gran parte (fino all'80%) degli eventi coronarici potrebbe essere prevenuta se si attuassero una serie di accorgimenti semplici e poco costosi (attività fisica, abolizione del fumo) la cui efficacia è ormai ampiamente dimostrata.

In un simile contesto la riabilitazione cardiologica è riconosciuta come il modello di riferimento (standard of care) per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase subacuta e cronica e risulta la componente essenziale di un programma assistenziale e di intervento a breve e a lungo termine per tutti i cardiopatici.

Un riconoscimento "reale" a questi evidenti dati di fatto tarda peraltro a venire, al di là delle mere affermazioni di principio che concordano con le suddette premesse: i motivi di queste difficoltà vengono da lontano e pongono talvolta delle situazioni a dir poco imbarazzanti.

Le prospettive

Per impostare un programma credibile abbiamo bisogno innanzi tutto di rivedere in modo critico il nostro approccio clinico ed organizzativo e di riproporre al mondo cardiologico, nel modo più adeguato, il nostro modo di lavorare e le nostre proposte.

Ai colleghi che lavorano nelle unità coronariche, impegnati ad affrontare e risolvere attraverso una serie di strumenti e di procedure terapeutiche le problematiche relative alle sindromi coronariche acute, dobbiamo offrire il nostro supporto nella gestione del follow-up e della prevenzione secondaria, disegnando insieme una serie di percorsi che consentano di evitare gli esami e i controlli superflui ed al contrario pongano la massima attenzione alla rilevazione precoce delle possibili recidive. Il progetto della "gestione" dei pazienti sottoposti ad angioplastica primaria, proposto da Carlo Vigorito e approvato dal direttivo del GISE potrebbe essere una occasione unica per lavorare insieme, con l'obiettivo comune di mantenere nel tempo i risultati ottenuti dal trattamento dei pazienti nella fase acuta dell'infarto.

Ai colleghi elettrofisiologi dovremmo essere in grado di far percepire che molte indicazioni alle loro procedure (impianto di PM e/o ICD) possono venire da chi osserva e gestisce nel tempo i pazienti sopravvissuti ad un evento acuto e che comunque questi soggetti, anche dopo l'impiego di "device" particolarmente sofisticati, rimangono a rischio elevato non solo di morte ma soprattutto di una cattiva qualità di vita.

Ai colleghi cardiocirurghi, con i quali esiste un già solido rapporto di collaborazione, dovremmo essere in grado di dimostrare che un programma di riabilitazione cardiologica dopo intervento chirurgico è particolarmente efficace soprattutto per i pazienti più complessi che sono diventati la maggioranza. In questa prospettiva è in fase di elaborazione una survey (Romualdo Belardinelli) che potrebbe arruolare in qualche mese alcune centinaia di pazienti che vengono sottoposti ad un programma di riabilitazione cardiologica per valutarne la evoluzione a distanza rispetto a pazienti che per motivi diversi da quelli clinici non completano un programma riabilitativo.

Ai colleghi che si occupano di scompenso cardiaco è certamente superfluo ricordare che l'esercizio fisico può contribuire in modo significativo a migliorare qualità della vita e sopravvivenza, ma è importante sottolineare che vi è la necessità di una maggiore sinergia tra ambulatorio dello scompenso e strutture riabilitative. Con i colleghi dell'Area Prevenzione stiamo già lavorando insieme, almeno nella preparazione di alcuni eventi culturali, e siamo convinti che, con il sostegno appassionato del Presidente dell'ANMCO Giuseppe Di Pasquale, riusciremo in tempi non lunghissimi a costruire quella "casa comune" della prevenzione e riabilitazione di cui parliamo da un po' di tempo e che sta diventando una realtà in Europa.

Ai colleghi della SIMFER, associazione dei fisiatristi, che rivendicano in modo formale centralità e titolarità della riabilitazione avocando a sé la presa in carico del paziente oggetto dell'intervento riabilitativo, ricordiamo con forza che i nostri pazienti sono cardiopatici e non invalidi fisici, pertanto di competenza cardiologica, e che la nostra società scientifica in quasi trent'anni di attività ha costruito requisiti culturali, scientifici, organizzativi e gestionali che sono diventati patrimonio della cultura medica e cardiologica in Italia. Noi crediamo che una impostazione diversa, fisiatrocetrica, sia "limitante, contraddittoria, e generica in termini culturali, scientifici

ci e gestionali" e pertanto cercheremo di opporci a questo modo di intendere che finirebbe per penalizzare soprattutto i pazienti.

In definitiva sono necessariamente tornato a sottolineare, in modo sintetico, ma spero convincente, la centralità della riabilitazione cardiologica nella gestione del soggetto cardiopatico subacuto e cronico, non perché ce ne fosse bisogno, ma solo per ribadire quanto sia necessario rapportarsi in modo nuovo e più stringente con l'intera comunità medica e, soprattutto, con gli altri cardiologi che troppo spesso sottovalutano il contributo di un progetto riabilitativo omnicomprensivo.

Da parte nostra dovremo assicurare nella assistenza dei pazienti che ci vengono affidati, passione e competenza esplicitando in modo preciso e coerente percorsi di cura e di follow-up adeguati e personalizzati: una scheda di raccolta dati (minimal-data-set) come proposto da Maurizio Ferratini potrebbe aiutarci a definire con precisione quale debba essere l'intervento minimo da garantire a tutti i pazienti.

L'aggiornamento delle linee guida con la coordinazione di Giannuzzi, Griffo, Urbinati e Jesi, che partecipano a nome del GICR all'apposita commissione istituita dal Ministero della Salute, e un adeguamento dello statuto che ci trasformerà, anche sul piano formale, in una Società Scientifica di settore e che potrà essere riconosciuta ufficialmente a livello ministeriale oltre che nell'ambito della Federazione Italiana di Cardiologia, sono impegni che stiamo portando avanti con determinazione.

Una attenzione particolare continueremo a porre alle iniziative editoriali e di comunicazione già in essere e gestite in modo competente e appassionato da Carmine Chieffo e Roberto Tramarin (giornale) e Stefano Urbinati (sito Web).

L'impegno mio personale e di tutto il direttivo appena nominato, sarà rivolto in questo biennio a riproporre una nuova immagine della nostra società scientifica in modo da far emergere tutte le potenzialità che siamo in grado di esprimere e a consolidare quanto di buono è stato fatto in tanti anni di attività.

Buon lavoro a tutti

SALVATORE PIRELLI

*Coordinatore del Gruppo Italiano
di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva*



E. Patriarca, Il tempo e la memoria (2001)