

INTERVISTA AL DOTTOR GIUSEPPE SCARDINA, RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA DEL POLICLINICO DI MONZA

# Cosa intendiamo per riabilitazione cardiologica

## Dove si allenano il cuore e anche la mente

### Chi è il paziente tipo di una riabilitazione cardiologica?

“Un ‘cardiopatico’, già etichettato come tale, che ha una storia di infarto o di intervento cardiocirurgico, oppure è uno scompensato, sia acuto sia cronico”.

Il dottor Giuseppe Scardina è responsabile dell'Unità Operativa di Cardiologia Riabilitativa del Policlinico di Monza. Chiarisce che la riabilitazione cardiologica è definita come “la somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali, in modo che i pazienti con cardiopatia post-acuta o cronica possano riprendere o conservare il proprio ruolo nella società”.

### Una platea destinata ad aumentare?

“Indubbiamente. Oggi di infarto non si muore quasi più ma il cuore nel tempo cede. Sono in aumento gli infarti giovanili, soggetti di 45-47 anni. La riabilitazione è utile per ridare agli stessi un'ottima qualità di vita. L'attività fisica ha un ruolo fondamentale, pari a quello delle terapie come l'aspirina o i betabloccanti: la riduzione del rischio cardio-vascolare da parte dell'esercizio fisico è stata valutata intorno al 25% ed è assai vicina alla riduzione del rischio da parte dell'aspirina che è del 20% o da parte dei betabloccanti che è del 20% e degli ACE inibitori pari al 15%”.

### Allenate il muscolo cardiaco e anche la mente?

“Vincere la paura, quando il cuore ti ha ‘tradito’ è importante e, per questo, in tutte le riabilitazioni è prevista la figura di uno psicologo. La co-patologia più frequente in questi pazienti è la depressione, molti temono che uno sforzo fisico possa scatenare un nuovo evento acuto”.

### Invece?

“Più allenati il cuore, meglio è. E questo sempre, non solo dopo un infarto”.

### L'obiettivo è prevenire la progressione della malattia?

“Non solo, incentivare la riduzione di nuovi eventi cardiovascolari, mediante l'ottimizzazione del trattamento e la programmazione di controlli laboratoristici e strumentali (prevenzione secondaria). La riabilitazione cardiologica omni-comprendente, di cui il training fisico supervisionato è una componente fondamentale, svolge un importante ruolo nella prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica, in quanto è in grado di rallentare la progressione e forse di favorire la regressione delle lesioni angiografiche, di ridurre i difetti di perfusione miocardica, di indurre una favorevole modificazione delle condizioni psicologiche, di migliorare la qualità

di vita e inoltre come hanno dimostrato alcuni studi meta-analitici di ridurre la mortalità”.

### La giornata tipo di un paziente in riabilitazione?

“Si comincia con il rilevamento dei parametri vitali (pressione, frequenza, saturazione...) e del bilancio idrico, poi c'è la visita medica, si svolge un primo step di attività fisica che prosegue nel pomeriggio. Gli esercizi fisici avvengono sempre sotto monitoraggio, c'è un fisioterapista ma si prendono i parametri vitali prima e dopo l'attività, vengono anche fatti test che valutano il grado di abilità e si monitora il miglioramento nel corso del ricovero. Al pomeriggio i medici valutano gli esami e rivalutano il paziente, se occorre si eseguono nuovi controlli strumentali, dall'ecg al doppler, diagnostica cardiologica e non”.

### Cioè?

“Se un paziente, per esempio, ha problemi di prostata, si chiede la consulenza specialistica con l'urologo. Insomma, viene studiato a trecentosessanta gradi”.

### Quanti sono i cardiologi che si dedicano a questa specifica branca?

“Sono riuniti nel Gruppo GICR e supera-



no i mille associati, operano in strutture pubbliche e private. Il CICR-IACPR è inserito nella comunità cardiologica nazionale e propone aggiornamenti educazionali insieme alle due maggiori società cardiologiche italiane, ANMCO e SIC. La riabilitazione cardiologica oggi è considerata una componente fondamentale del percorso assistenziale del paziente cardiopatico post-infartuale e post-chirurgico, anche perché nei reparti per acuti la degenza è sempre più breve e questo non consente né di fornire un adeguato supporto psicologico, né di stilare un programma di prevenzione secondaria”.

### Invece?

“Noi con costi relativamente bassi rendiamo possibile dimissioni precoci ma protet-

te”.

### Quante riabilitazioni servono?

“All’interno di ogni rete cardiologica ospedaliera deve essere presente un centro di riferimento per la riabilitazione degenziale, totalmente autonomo o inserito in una U.O. di cardiologia con sezione di riabilitazione”.

### Quali sono le funzioni fondamentali della riabilitazione?

“La stabilizzazione clinica, la stratificazione prognostica e la stima del rischio cardiovascolare, l’ottimizzazione della terapia, il programma di training fisico controllato nei pazienti eleggibili, l’educazione e counseling con interventi multidisciplinari finalizzati a modificare lo stile di vita, realizzare il programma di prevenzione secondaria e favorire il ritorno ad una vita attiva, l’impostazione di un follow-up strutturato, individualizzato e a lungo termine”.

“Possiamo dire che attualmente la cardiologia riabilitativa sta vivendo una fase di forte espansione e sviluppo, in quanto vengono arruolati in numero sempre maggiore pazienti reduci da interventi di ri-vascolarizzazione miocardica mediante bypass aorto-coronarico, angioplastica coronarica da interventi sulle valvole cardiache. L’offerta di riabilitazione cardiologica sia in regime ambulatoriale sia degenziale dovrà, quindi, essere potenziata e sempre più migliorata al fine di poter ridare al paziente cardiopatico una condizione la più vicina possibile allo ‘stato di salute’”.

### In conclusione?

“Possiamo dire che attualmente la cardiologia riabilitativa sta vivendo una fase di forte espansione e sviluppo, in quanto vengono arruolati in numero sempre maggiore pazienti reduci da interventi di ri-vascolarizzazione miocardica mediante bypass aorto-coronarico, angioplastica coronarica da interventi sulle valvole cardiache. L’offerta di riabilitazione cardiologica sia in regime ambulatoriale sia degenziale dovrà, quindi, essere potenziata e sempre più migliorata al fine di poter ridare al paziente cardiopatico una condizione la più vicina possibile allo ‘stato di salute’”.

## ALCUNE RIFLESSIONI SULLO STATO DELLA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA IN ITALIA

# Cardiologia Riabilitativa: ultimo atto della fase acuta o primo della prevenzione?

DI ROBERTO TRAMARIN (\*)



**N**egli ultimi due decenni si è assistito a un impressionante miglioramento dei risultati delle procedure diagnostiche e terapeutiche utilizzate nel trattamento degli eventi cardiovascolari acuti. Questo, unitamente alla organizzazione della gestione della rete della emergenza, ha consentito una riduzione così rilevante della mortalità delle sindromi coronariche e più in generale degli eventi cardiovascolari acuti, da aver fatto passare in secondo piano alcune conseguenze di grande impatto clinico ed epidemiologico. La mortalità nel primo anno da un evento cardiovascolare, non solo non è ridotte, ma anzi è sensibilmente aumentata; attualmente in Italia la mortalità a 6 mesi dopo un infarto miocardico STEMI e NSTEMI è rispettivamente 2 e 4 volte superiore a quella osservata durante il ricovero. Un numero sempre maggiore di pa-

zienti sopravvive quindi all’evento acuto ma la gestione nel lungo termine della loro condizione di cronicità comporta un progressivo incremento del fabbisogno di servizi sanitari e di costi. A fronte di questa realtà i sistemi sanitari come pure gli utenti, hanno iniziato a riconoscere che l’attuale approccio alle malattie cardiovascolari basato principalmente sulla gestione dell’acuzie attraverso una cardiologia sempre più “procedurale”, rischia di essere nel medio-lungo termine scarsamente efficace e prospetticamente non sostenibile.

Il cardiopatico dopo un evento coronarico, o un intervento di rivascularizzazione percutanea o chirurgica necessita di un’azione diretta non solo al recupero della qualità di vita e al mantenimento o miglioramento della sua capacità funzionale, ma anche alla gestione del rischio clinico, alla stabilizzazione della malattia e alla implementazione di una efficace strategia di prevenzione secondaria. La cardiologia riabilitativa attraverso un intervento strutturato, coordinato e multidisciplinare è in grado agire sugli aspetti più

strettamente connessi alla disabilità, ma soprattutto di identificare e gestire il rischio clinico, di ottimizzare la terapia farmacologica e di avviare un reale programma di prevenzione. Oggi un programma integrato di cardiologia riabilitativa è raccomandato, con un livello di evidenza scientifica ben più elevato della stragrande maggioranza delle più recenti e innovative procedure interventistiche, dalla European Society of Cardiology e dalle maggiori società scientifiche cardiologiche americane. Si tratta di un trattamento costo-efficace in grado di migliorare la prognosi, di ridurre le ospedalizzazioni ed i costi sanitari. La sua efficacia in termini di costi per anno di vita salvata è, nel trattamento della cardiopatia ischemica e dello scompenso cardiaco cronico paragonabile, se non superiore ad altri interventi terapeutici, quali i farmaci ipocolesterolemizzanti, la trombolisi, l’angioplastica e la chirurgia coronarica o l’impianto di defibrillatori impiantabili. Per queste ragioni dal 2007 l’European Society of Cardiology raccomanda che ogni paziente con esiti di infarto del miocardio o di un evento ischemico, dopo angioplastica coro-

narica o by-pass aorto-coronarico, sia avviato ad un programma strutturato di cardiologia riabilitativa.

Le malattie cardiovascolari costituiscono la prima causa di morte nella popolazione italiana, rappresentando il 38% della mortalità totale maschile e il 47% di quella femminile. Inoltre sono la prima causa di ospedalizzazione (16.9%). Considerando che circa il 75% degli eventi cardiovascolari può essere attribuito alla associazione di fattori di rischio correggibili (ipertensione arteriosa, fumo, sovrappeso, inattività fisica, cattive abitudini alimentari) è stato ampiamente dimostrato come la loro correzione attraverso appropriati interventi terapeutici farmacolo-

in parte da una serie di equivoci in relazione ai contenuti e alle specificità di obiettivi, di strumenti, di mezzi e di valutazione dei risultati della cardiologia riabilitativa rispetto a quelli propri della medicina fisica e riabilitativa che per anni, e segnatamente in Italia, ha rappresentato un contenitore generico di tutte le discipline riabilitative. Nella sostanza, in cardiologia riabilitativa si riafferma la maggiore pertinenza del concetto di alterazione/riduzione della capacità funzionale e di rischio clinico rispetto al concetto di “disabilità” e ancor più di menomazione e handicap, termini questi di maggior pertinenza culturale e terminologica del mondo fisiatri-

utilizzati come indicatori di esito in riabilitazione neuromotoria risultano inadeguati e di scarsa efficacia.

Infatti nel cardiopatico la funzione e la struttura corporea compromessa è praticamente unica; la compromissione funzionale deriva più da fattori contingenti (es. un recente intervento cardiocirurgico), che dal danno funzionale cardiaco; il rischio di eventi maggiori (morte, re-ospedalizzazioni, recidive, ecc.) nel breve e lungo termine può essere fortemente limitante e condizionante la qualità di vita e la sopravvivenza, anche in totale assenza di un evidente deficit funzionale misurabile.

Le evidenze scientifiche hanno ampiamente dimostrato i benefici dei programmi di cardiologia riabilitativa: tali benefici comprendono un miglioramento complessivo del processo di cura che si ripercuote sulla correzione dei fattori di progressione della malattia, strettamente connessi alla successiva morbilità e mortalità (ridotta del 20-25%). Per queste ragioni, in cardiologia riabilitativa, a misure di risultato di tipo clinico, rilevabili in concreto solo sulla base di osservazioni di tipo epidemiologiche, si prediligono misure di outcome, di performance di struttura e di processo.

Negli ultimi anni molte delle peculiarità di tipo clinico, terminologico, semantico e organizzativo, della cardiologia riabilitativa rispetto alla medicina riabilitativa in generale, e soprattutto l'osservazione che l'atto fisioterapico diretto al recupero funzionale rappresenta di per se solo una parte del contenuto dei programmi di intervento, sono state colte e recepite nei recenti atti di indirizzo di programmazione sanitaria, che riconoscono alla cardiologia riabilitativa una sorta di “status” organizzativo differenziato da quello della riabilitazione specialistica in generale (Atto di indirizzo del Ministero della Salute, Conferenza Stato-Regioni, 2011). E non è un caso se, attualmente in regioni in cui per ragioni storiche le esperienze di cardiologia riabilitativa hanno una maggiore diffusione e livello di organizzazione, si stia concretamente pensando a quest'area come ad una parte strutturale al rispettivo ambito disciplinare: in altre parole si stia finalmente iniziando a considerare, come in tutti i sistemi sanitari evoluti, che la “Cardiologia riabilitativa” non sia “Riabilitazione cardiaca”, ma a tutti gli effetti una componente integrante della “Cardiologia”. ■



gici e comportamentali, soprattutto nei pazienti a più elevato rischio, è in grado di ridurre di almeno la metà l'incidenza di eventi cardiovascolari acuti. Purtroppo l'ottimizzazione ed il mantenimento nel tempo di misure di prevenzione risultano ampiamente deficitari anche nei soggetti che hanno già sofferto di un precedente evento e l'adozione di un efficace intervento di prevenzione secondaria dovrebbe rappresentare, per la rilevanza epidemiologica e le ricadute economiche della malattie cardiovascolari, una priorità ed una sfida per tutti i sistemi sanitari evoluti.

In Italia già nel 2006, proprio sulla base della rilevanza epidemiologica e del livello di evidenze scientifiche, erano state elaborate le linee guida nazionali sulla cardiologia riabilitativa e sulla prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (Istituto Superiore della Sanità e Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali). Purtroppo il percorso di implementazione di queste linee guida ha trovato a livello delle varie realtà regionali numerosi ostacoli nella loro declinazione attuativa.

Tali ostacoli derivano in parte da una prospettiva di programmazione sanitaria ancora prevalentemente orientata alla gestione delle fasi di acuzie delle malattie cardiovascolari,

Sulla base dei dati più recenti acquisiti in un dettagliato studio osservazionale condotto nel 2013 su scala nazionale da SICOA (Società Italiana Cardiologia Ospedalieri privati Accreditati) in collaborazione con il GICR (Gruppo Italiani di Cardiologia Riabilitativa), in Italia operano circa 220 strutture di cardiologia riabilitativa, due terzi delle quali in regime di degenza ordinaria e un terzo in regime di day-hospital o ambulatoriale. Di fatto l'offerta di cardiologia riabilitativa si articola oggi in più di 2800 posti letto che rappresentano quindi un quinto di tutti i posti letto di degenza in area cardiologica e cardiocirurgica.

Esiste una ampia disomogeneità distributiva nella varie regioni: si passa da una media di 7.1 posti letto ogni 100.000 abitanti nelle regioni del nord, a 3.2 nelle regioni del centro, a 2.5 a quelle del sud e delle isole. Nel 70% questi si collocano in unità operative autonome o afferenti a unità operative cardiologiche; nell'90% dei casi sono dirette da cardiologi e solo nel 10% da specialisti in medicina interna, geriatria, medicina fisica e riabilitativa (0.9%), pneumologia o altre discipline. Proprio per le specificità degli obiettivi della cardiologia riabilitativa tra i quali l'intervento sulla disabilità è solo una parte (talvolta anche non preponderante), del programma, gli svariati strumenti di valutazione funzionale

(\*) Socio Fondatore  
e Membro del Consiglio Direttivo ARSOP  
Responsabile Divisione  
di Cardiologia Riabilitativa  
IRCCS Policlinico San Donato – Milano