

Riabilitazione cardiologica: evidenze e prospettive

di Francesco Fattirolli

La riabilitazione nella cardiopatia ischemica, dopo cardiocirurgia o nello scompenso, ha solide evidenze: la prospettiva deve essere quella di modellare i programmi alle differenti necessità dei pazienti

Il percorso terapeutico iniziato nella fase acuta di una malattia di cuore deve essere proseguito con la riabilitazione per incidere in modo efficace sulla evoluzione della malattia, con il rischio, altrimenti, di vanificare parte dei risultati ottenuti con le terapie ed i trattamenti messi in atto nella fase acuta. I risultati degli ormai numerosi studi clinici che hanno documentato gli effetti favorevoli del programma riabilitativo cardiologico multidisciplinare su numerosi outcome, hanno portato numerose Società Scientifiche internazionali a produrre Linee Guida e raccomandazioni; inoltre, nell'Aprile 2006, il Centers for Medicare and Medicaid Services statunitense ha esteso la copertura assicurativa alla riabilitazione di molteplici condizioni di patologia, che adesso comprendono infarto, by-pass, chirurgia valvolare, angina, angioplastica coronarica+stent, esiti di trapianto. La pubblicazione delle Linee Guida di Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del Piano Nazionale Linee Guida (www.PNLG.it), rappresenta un ulteriore elemento per raccomandare anche nel nostro Paese che la riabilitazione -secondo quanto previsto dall'O.M.S.- sia atto terapeutico integrato nell'intero percorso di cura del cardiopatico.

La realtà assistenziale è condizionata da ospedalizzazioni molto brevi e di fatto -o di necessità- orientate alla soluzione del problema acuto; è caratterizzata da interventi spesso limitati alla sola prescrizione terapeutica, a ridondanti controlli strumentali o a generici consigli sullo stile di vita, senza che vengano rilevati in maniera sistematica tutti gli obiettivi significativi per la salute del paziente. Ciò ha fatto emergere molti quesiti di stringente attualità, di cui ne citiamo solo alcuni: qual'è il percorso ottimale in termini di prevenzione farmacologica e non farmacologica dopo sindrome coronarica acuta trattata con angioplastica coronarica? come ottimizzare a breve e lungo termine i risultati della cardiocirurgia in pazienti sempre più anziani, dimessi precocemente non ancora completamente stabili o non autonomi a domicilio? come coinvolgere in modo utile ed

efficace il Medico di Medicina Generale nel progetto di prevenzione a lungo termine di soggetti che presentano problematiche assistenziali e gestionali sempre più complesse?

Appare necessaria una maggiore consapevolezza della necessità della riabilitazione e prevenzione secondaria come intervento multifattoriale ed integrato, che si realizza attraverso la valutazione funzionale e globale, l'ottimizzazione terapeutica, la ripresa di un'adeguata attività fisica in regime di sicurezza, la correzione dei fattori di rischio, il counseling e l'educazione sanitaria. E' essenziale considerare questo intervento come strumento per gestire e governare la transizione del cardiopatico dall'ospedale per acuti al territorio e garantire un efficace effetto a lungo termine.

Nell'ambito del programma riabilitativo, l'esercizio fisico ha un ruolo centrale nel trattamento dell'immediato post-acuto, nell'educazione a modificare lo stile di vita, oltre che nell'istruzione all'autogestione dell'attività motoria (in ambito lavorativo, ricreativo, sportivo). La dimostrazione degli effetti biologici dell'esercizio lo fa considerare un agente "terapeutico" a tutti gli effetti, e come tale da utilizzare con competenza e professionalità alla stregua di un farmaco: è necessario infatti conoscerne indicazioni e controindicazioni, il meccanismo di azione, le eventuali interazioni ed effetti indesiderati, le precauzioni durante l'esecuzione e raggiungere una "dose" soglia per attivare i meccanismi biologici protettivi.

Anche nel trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco si è verificata una vera e propria "rivoluzione terapeutica" grazie all'introduzione del training fisico tra le raccomandazioni delle Società Scitifiche internazionali, dopo la dimostrazione che l'esercizio fisico migliora la prognosi, la capacità funzionale e la qualità della vita, senza rischio di eventi clinici avversi o di un peggioramento della funzione cardiaca. La Task Force che ha riunito tutte le Società Cardiologiche nazionali ha prodotto un documento di consenso sulla "Prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico", che contiene le anche le raccomandazioni per prescrizione dell'esercizio nella cardiopatia ischemica e nello scompenso.

Da quanto detto, emerge la necessità di una migliore distribuzione territoriale e organizzazione dei presidi dedicati alla riabilitazione del cardiopatico; si tratta quindi di sviluppare percorsi assistenziali ed interventi più appropriati e modulati sull'effettiva complessità clinica e sul rischio dei pazienti, e di potenziare le competenze e gli standard qualitativi dei servizi dedicati.

Ma in presenza di risorse limitate e di necessità assistenziali tanto differenti, come si deve collocare la riabilitazione cardiologica? Deve ulteriormente affinare la capacità di

differenziare l'"offerta" del proprio intervento, con strategie nello stesso tempo rigorose sul piano scientifico ed estremamente flessibili per gli aspetti organizzativi. Significa utilizzare le preziose -e per alcuni aspetti- uniche competenze multidisciplinari e multiprofessionali per impostare percorsi terapeutici ritagliati sulle necessità dell'ammalato, privilegiando, ad esempio, gli aspetti educativi nei riguardi di soggetti con minimi esiti dell'evento indice, rispetto a pazienti con grave compromissione dello stato funzionale e/o di età avanzata, per i quali sono invece necessari interventi complessi, articolati e protratti nel tempo.