

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Bari

U.O.C. Cardiologia Ospedaliera “L. Colonna”

La RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA nel Policlinico di Bari.

Minore spesa assistenziale e previdenziale, maggiore qualità alla vita dell'assistito

Davide Traversa* - Francesco Grisorio** - Antonietta Ricciulli*** - Riccardo Guglielmi****

* Dirigente Medico. Responsabile Riabilitazione U.O.C. Cardiologia Ospedaliera “L.Colonna”

** Fisioterapista

*** Infermiera – Biologa e Nutrizionista

**** Direttore U.O.C. Cardiologia “L.Colonna”

Parole chiave : CR (riabilitazione cardiologica), IMA (infarto acuto del miocardio)



* Davide Traversa - Resp. Riabilitazione U.O.C. Cardiologia Ospedaliera



**** Riccardo Guglielmi - Direttore U.O.C. Cardiologia “L.Colonna”

Sulla base delle evidenze scientifiche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la Riabilitazione Cardiologica (CR) un processo multifattoriale, attivo e dinamico che ha il fine di favorire la stabilità clinica, ridurre le disabilità conseguenti

alla malattia, supportare al mantenimento e alla ripresa di un ruolo attivo nella società, riducendo così il rischio di successivi eventi cardiovascolari, migliorando la qualità della vita e incidendo complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza. Le raccomandazioni riguardano l'intervento riabilitativo che segue a un infarto miocardico acuto o a una rivascolarizzazione coronarica, a pazienti con angina o con scompenso cardiaco. Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono la causa più frequente di disabilità. L'assorbimento di risorse economiche, strettamente correlate al costo delle ospedalizzazioni, alla spesa farmaceutica, alle prestazioni ambulatoriali e agli assegni d'invalidità, ne fa una delle principali fonti della spesa sanitaria e previdenziale nazionale del nostro paese, senza peraltro considerare la perdita di produttività in una popolazione spesso ancora in un'età lavorativa. Negli ultimi anni, il trattamento della fase acuta di queste patologie ha registrato progressi molto efficaci che hanno determinato un sostanziale aumento della sopravvivenza dei pazienti. Dopo le dimissioni dall'ospedale inizia, per chi è stato colpito da una sindrome coronarica acuta, una fase cruciale, in cui nulla deve essere lasciato al caso. La Riabilitazione Cardiovascolare è riconosciuta come il modello standard per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase post-acuta e cronica e costituisce il modello più efficace al fine della realizzazione di una prevenzione secondaria, ben strutturata e condotta a lungo termine. Le analisi economiche disponibili sull'argomento suggeriscono che è anche un intervento costo-efficace.

Negli ultimi dieci anni le indicazioni alla CR hanno subito importanti variazioni in rapporto all'evoluzione demografica e alla caratteristica dei pazienti. I programmi di CR sono stati proposti con successo ai pazienti post IMA e post-Angioplastica, anche con complicazioni e sistematicamente dopo un intervento di bypass aortocoronarico o di sostituzione valvolare. Infine l'implementazione della CR è stata

particolarmente utile in pazienti con scompenso cardiaco cronico. Allo stato attuale, con la progressiva riduzione della durata dell'ospedalizzazione, il decondizionamento fisico è di solito ridotto, ma la degenza, molto breve e orientata alla soluzione esclusivo del problema acuto, non consente un adeguato intervento di stratificazione del rischio residuo. La riabilitazione consente la valutazione funzionale e globale, l'ottimizzazione terapeutica, l'educazione - informazione sanitaria, la ripresa di un'adeguata attività fisica in regime di sicurezza e l'impostazione di efficaci modificazioni dello stile di vita.

In questo periodo si riconosce che la combinazione di un adeguato monitoraggio, di percorsi clinici dedicati, di un programma di esercizio fisico e d'interventi strutturali educazionali e psico-comportamentali rappresenta la forma più efficace di CR.

Gli obiettivi nel breve termine sono:

- perseguire la stabilità clinica
- limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia cardiovascolare
- migliorare globalmente la capacità funzionale e incidere così favorevolmente sul grado di autonomia, indipendenza e, quindi, sulla qualità della vita nel medio e lungo termine.

Gli obiettivi nel medio e lungo termine sono:

- ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari
- ritardare la progressione del processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante e il deterioramento clinico
- ridurre morbilità e mortalità.

Raccomandazioni clinico organizzative

Tutti i pazienti dopo un episodio acuto di malattia cardiovascolare dovrebbero essere avviati a programmi di cardiologia riabilitativa.

Il programma deve tener conto e adattarsi alle esigenze cliniche, socio-culturali e logistiche del paziente, al fine di ridurre al minimo la non aderenza e l'interruzione dell'intervento.

Il team che si occupa della riabilitazione deve specificare sempre in modo quantificabile gli obiettivi fisici, comportamentali e di controllo dei fattori di rischio del singolo paziente post-acuto.

La nostra unità di riabilitazione, di elevata esperienza, opera su di una vasta mole di pazienti che hanno superato la fase acuta della patologia cardiovascolare assicurando tutela medica, riabilitativa e "nursing" dedicato. Da circa un anno la Riabilitazione Ambulatoriale della Cardiologia Ospedaliera "L.Colonna" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, grazie al nuovo assetto organizzativo e gestionale, si caratterizza per una maggiore efficienza ed efficacia. Alla già alta qualità delle prestazioni si aggiunge un maggiore consenso dell'utenza che apprezza la professionalità degli operatori, l'umanizzazione dei percorsi e il follow-up anche dopo terminato il ciclo delle otto sedute. Il paziente non avverte il disagio psicologico del "dopo l'ospedale il ritorno a casa". In definitiva risulta nettamente migliorata la "qualità percepita" da parte dell'utenza. Circa settecento pazienti, reduci da un evento coronarico acuto, da procedure di rivascolarizzazione e da scompenso cardiaco si sono sottoposti a ciclo riabilitativo cardiologico nel nostro centro negli ultimi anni .

La durata dell'intervento (sempre in relazione alla complessità del paziente e del programma relativo) è di norma di otto settimane.

L'intervento è soprattutto finalizzato alla prevenzione secondaria secondo le seguenti modalità:

1. valutazione basale del rischio
2. assistenza clinica e ottimizzazione della terapia finalizzata a rimuovere i sintomi e mantenere un'adeguata stabilità
3. interventi specifici per il recupero funzionale e training fisico per il mantenimento di una buona capacità funzionale e uno stile di vita attivo
4. supporto educativo e "counseling" per una riduzione del rischio cardiovascolare e l'effettivo cambiamento dello stile di vita con intervento sui fattori di rischio personali modificabili quali: ipertensione, fumo, sovrappeso/obesità, diabete, stress, sedentarietà
5. interventi psico-comportamentali
6. lo svolgimento a lungo termine dell'attività fisica regolare del cambiamento dello stile di vita
7. consigli per un corretto approccio nutrizionale
8. adeguato follow-up, particolarmente apprezzato da soggetti assistiti.

Le evidenze disponibili suggeriscono che l'esercizio fisico, i cambiamenti dello stile di vita e i controlli a distanza programmati debbano essere perseguiti affinché i benefici siano mantenuti nel tempo. Anche partecipare a un gruppo locale di supporto cardiaco o di auto sostegno, che comprenda anche l'implementazione dell'esercizio motorio da svolgere in un parco o in un centro ricreativo, potrebbe contribuire a mantenere l'attività fisica e uno stile di vita sano.

Modalità di esecuzione di un ciclo riabilitativo cardiologico

Il ciclo riabilitativo si svolge con le seguenti modalità:

- 1) Accettazione
- 2) Visita paziente
- 3) Cartella clinica
- 4) Piano di lavoro.

Il ciclo riabilitativo è programmato alla dimissione dall'U.O.C. di Cardiologia. Per la maggior parte dei pazienti, come da recenti linee guida, condivise dalle più importanti Società Scientifiche Cardiologiche, ANMCO, GISE, GICR, IACPR, ANCE,

ARCA, e pienamente accettate dalla nostra Cardiologia Ospedaliera, è necessaria la Riabilitazione ambulatoriale, mentre quella degenziale è di appannaggio dei pazienti a elevato rischio, senza disabilità cognitive e motorie preesistenti all'evento indice e dovrà prevedere anche l'intervento polispecialistico (fisiatri, neurologi, psicologi).

Il paziente all'arrivo presso il nostro Centro di Riabilitazione è accolto dall'Infermiere che esegue l'ECG e controlla la PA, raccoglie i dati anamnestici per una corretta diagnosi infermieristica. L'approccio con il soggetto assistito è affrontato con metodologia scientifica volta a rendere il paziente centro dell'assistenza e attore diretto del cambiamento. Un'efficace counseling con il soggetto/paziente permette di evidenziare i suoi bisogni, di entrare in relazione con lui senza "sconfermarlo" producendo un cambiamento di stile di vita attraverso i suoi schemi.

Il medico dedicato prende visione della lettera di dimissione dell'Unità Operativa, dell'ECG e della PA, raccoglie l'anamnesi e compila la cartella clinica. Successivamente visita il paziente esegue l'ecocardiogramma e organizza il piano degli esami cardiologici strumentali da eseguire e organizza il piano di lavoro.

Valutate le condizioni cliniche il Fisioterapista prende in carica il paziente per l'esecuzione di esercizi calistenici e fisiochinesi respiratoria per la durata di un'ora.

Dalla seconda seduta inizia il training alla cyclette con programma personalizzato e monitoraggio telemetrico della PA, della FC e degli atti respiratori. Il tempo e l'intensità del training è progressivamente aumentata.

Al termine del ciclo al paziente è consegnata una relazione conclusiva con le indicazioni terapeutiche-diagnostiche e i consigli clinici; gli stessi sono informati sulle regole da perseguire per uno stile di vita corretto, al fine di ridurre il rischio di recidiva. Al paziente sono inoltre distribuiti depliant informativi sulla malattia cardiaca, sui fattori di rischio sulla dieta e l'attività fisica da seguire. Lo sviluppo della cultura della prevenzione cardiovascolare deve diventare un patrimonio duraturo e

sempre aggiornato. È inoltre consigliata la partecipazione a un gruppo locale di supporto cardiaco o di auto sostegno.

La dimensione del problema

I dati epidemiologici e statistici, studio ISYDE, evidenziano che negli ultimi anni il trend di dimissione di pazienti affetti da infarto acuto del miocardio, scompenso cardiaco o sottoposti a interventi cardiocirurgici, si aggira su le 250.000 unità/anno. Di questi solo 110.000 si sono avvalsi di percorsi riabilitativi, pari a una percentuale di utilizzo delle strutture presenti dell'82%. (Fig.1.)



[Fig.1]

Ipotizzando un utilizzo appieno delle strutture interessate si può arrivare a 135.000 unità. Appare evidente uno squilibrio marcato tra domanda e offerta.(Fig. 2)



[Fig.2]

L'analisi pragmatica della situazione evidenzia un fabbisogno superiore all'offerta difficilmente adeguabili in tempi brevi, vista anche l'attuale congiuntura economica, e la necessità di rispondere ai bisogni con quanto in questo periodo disponibile. L'osservazione che l'assenza di un miglioramento nel tempo della prognosi post ospedaliera della Sindrome Coronarica Acuta sia, almeno in parte, attribuibile alla mancanza o alla scarsa applicazione di percorsi assistenziali post dimissione. Bisogna saper individuare gli indicatori del rischio aritmico, trombotico o contrattile al fine di contrastare recidive ischemiche, rallentare l'evoluzione verso l'insufficienza cardiaca, renale o metabolica. Alla dimissione ospedaliera bisogna Identificare i criteri di priorità di accesso alle strutture riabilitative, garantire l'accesso alla CR ai pazienti a

elevato rischio e rimodulare l'offerta riabilitativa riformulando le indicazioni alla gestione degenziale, ambulatoriale e domiciliare.

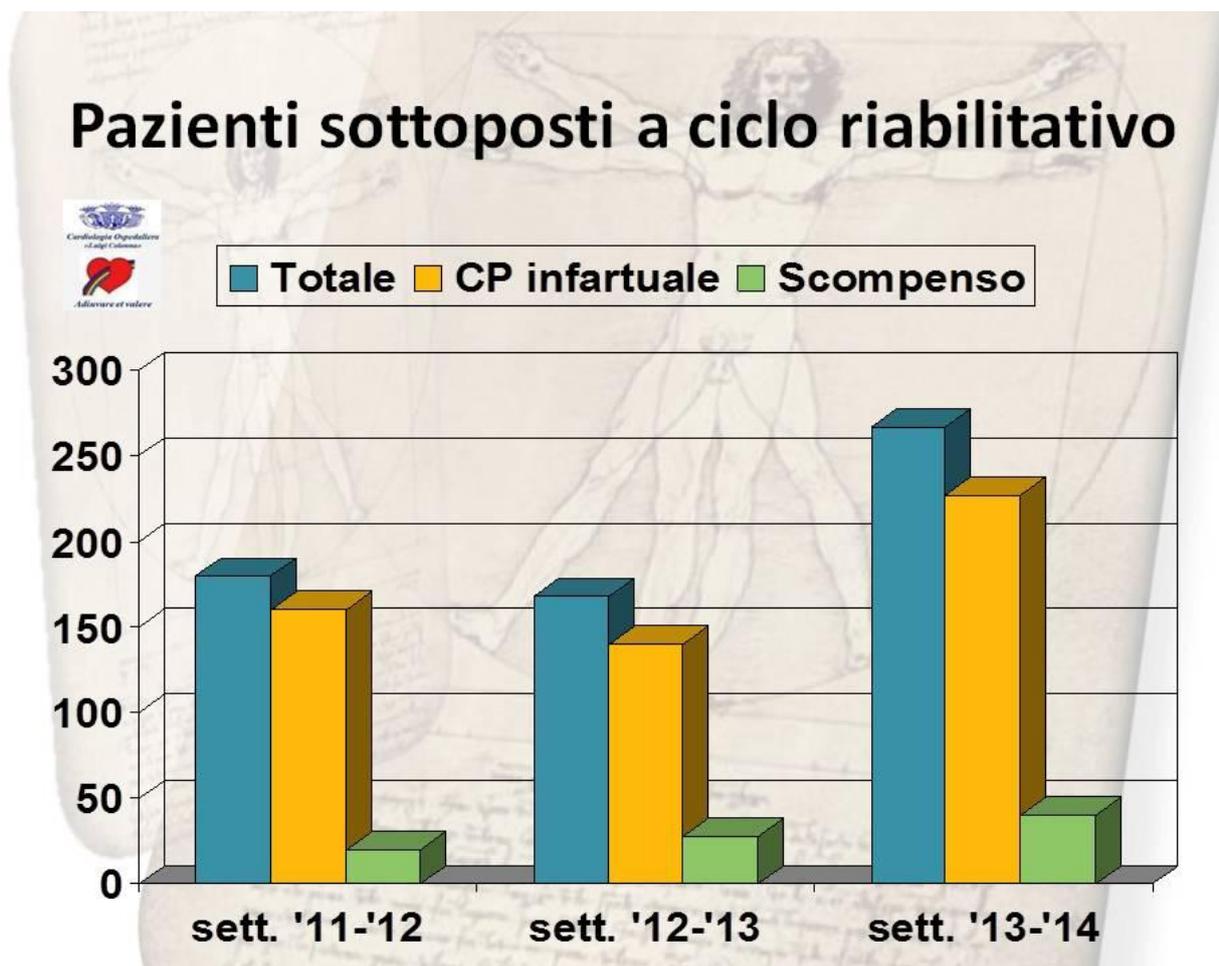
Ai pazienti dimessi con disabilità motorie o cognitive gravi, antecedenti all'evento, o con attesa di vita breve non va indicato alcun percorso riabilitativo degenziale o ambulatoriale.

La Riabilitazione degenziale deve essere prevista per i pazienti ad alto rischio per esempio con Frazione di Eiezione inferiore al 40% o tra il 40 e il 50% in caso di sussistenza d'insufficienza mitralica. La presenza di scompenso cardiaco o disabilità secondarie all'evento indice sono anch'essi criteri per la riabilitazione degenziale. L'individuazione di indicatori di rischio trombotico, la presenza di comorbilità (diabete, insufficienza renale, arteriopatie) o situazioni legate a rivascolarizzazioni incomplete o mai effettuate, impongono una riabilitazione ambulatoriale. Per i casi non ad alto rischio sono sufficienti i percorsi in ambulatori dedicati. In nessuno dei casi dovrà mai mancare il counseling almeno infermieristico se non possibile quello psicologico.

La nostra esperienza

La Cardiologia Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera Universitaria del Policlinico è dotata di una struttura dedicata alla Riabilitazione Cardiologica rivolta a soggetti assistiti affetti da cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco. Il medico referente e il personale tecnico afferiscono funzionalmente all'Unità Complessa di Cardiologia Ospedaliera sono regolarmente inseriti nella programmazione e gestione delle restanti attività cliniche, diagnostiche, urgenze e reperibilità comprese. La maggiore flessibilità operativa permette la programmazione dei cicli secondo le esigenze dell'utenza. L'assenza di situazioni stressanti, tipiche delle complicanze o dell'emergenza-urgenza della Terapia Intensiva permette l'instaurarsi di un clima sereno e positivo per utenti e operatori a tutto vantaggio della prosecuzione dei

trattamenti terapeutici, tanto da assistere a un continuo incremento di produttività (Fig.3) .



[Fig.3]

Il ciclo riabilitativo segue il modello precedentemente esposto e anche noi consigliamo la partecipazione a un gruppo locale di supporto cardiaco o di auto sostegno. Il nostro riferimento è l'associazione di volontariato A.M.A Cuore di Bari, (Fig.4) regolarmente accreditata nell'Azienda Ospedaliera, i cui iscritti (i reduci da eventi cardiovascolari) spesso sono presenti nelle sedute riabilitative accanto ai nostri assistiti e fornisco loro, direttamente sul campo, consigli pratici e utili derivanti dal personale vissuto. Il loro contributo diventa fondamentale e incide positivamente sugli aspetti psicologici del paziente che poche settimane prima aveva vissuto l'esperienza diretta della Terapia Intensiva.



[Fig.4]

Il ruolo strategico della Riabilitazione Cardiologica appare a questo punto molto evidente, anche in termini di gestione economica, a causa delle sempre meno risorse a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale. I benefici gestionali consistono in dimissioni più precoci, riduzione dei tempi di convalescenza, minori giornate di malattia, ripresa dell'attività lavorativa con minori angosce, minori complicanze legate alla più attenta osservazione, meno spese per farmaci, meno riospedalizzazioni, meno assegni d'invalidità.

La cardiologia del terzo millennio deve anche rispettare le ferree regole della gestione "economica" delle degenze ospedaliere e la possibilità di rivedere a breve il paziente allontana le ansie degli operatori per la riduzione dei tempi di degenza. Grazie al ciclo riabilitativo, degenziale o ambulatoriale, si potranno programmare controlli strumentali senza cadere nella trappola della medicina difensiva. E' sperabile nel futuro che le Unità Operative Complesse (U.O.C.) di Cardiologia, almeno quelle riconosciute eccellenti, abbiano a disposizione anche letti di degenza per fini riabilitativi. Dotare questi letti di sistemi di monitoraggio telemetrico permetterà una riduzione dei tempi di degenza in Terapia Intensiva con conseguente risparmio in termini gestionali. Lo stesso risparmio potrebbe in parte essere reinvestito con assunzioni, anche a progetto, di figure professionali tecniche, psicologi, fisioterapisti, nutrizionisti. Anche una sinergia Cardiologia Riabilitativa e Medicina dello Sport potrebbe essere prevista per i soggetti assistiti che, al termine

del ciclo riabilitativo e del follow-up, siano in buone condizioni generali tali da prevedere la Sport Terapia come un vero presidio terapeutico.

A conclusione possiamo affermare che la Cardiologia Riabilitativa è una forma di terapia che, con quella farmacologica, deve far parte integrante del trattamento del cardiopatico per migliorarne la qualità della vita e ridurre la spesa regionale per l'assistenza e nazionale per la previdenza.



Bibliografia:

1. Documento ANMCO-GICR/IACPR-GISEL Organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche. Giornale Italiano di Cardiologia. Volume 15- Suppl. al n°1 Gennaio 2014 www.giornaledicardiologia.it
2. Linee Guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica.
3. Linee Guida Nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari
4. CORTINI S: Metodologia generale del training fisico e protocolli di intervento nel post-infarto. Fattrolli F(ed): Aggiornamenti in riabilitazione del cardiopatico
5. PAOLO DE CRISTOFORO: Basi metodologiche dell'approccio psiconutrizionale SEE-Firenze
6. La prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico" Giornale Italiano di Cardiologia Indexed in INDEX MEDICUS-MEDLINE Vol 8 Numero 11 Novembre 2007 pag 719-731

7. Il ruolo dell'esercizio fisico alla luce delle nuove linee guida ESC/EAS 2011 per la gestione delle dislipidemie. Osservazioni cliniche, psicologiche e medico legali. "Italian Journal of Practice Cardiology on-line anno1, numero 1. Ottobre 2012
8. L'esercizio fisico come mezzo preventivo e terapeutico, fisiologico, economico ed efficace in numerose indicazioni cliniche **Tutto Sanità Puglia** N° 153 novembre 2013 , pag 20-22
9. Riccardo Guglielmi, Paolo Colonna, Angela Guglielmi: **"Infarto del miocardio. Dopo l'ospedale il ritorno a casa"** . I parte **Tutto Sanità Puglia** n° 155 Gennaio 2014 pag. 20-25; II parte **Tutto Sanità Puglia** n° 156 Febbraio 2014 pag. 34 -40