

# La riabilitazione nell'anziano: strategie e obiettivi differenziati?

Gian Franco Gensini, Andrea A. Conti

Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Università degli Studi, Firenze, Fondazione Don Carlo Gnocchi, Centro S. Maria agli Ulivi, IRCCS, Pozzolatico (FI)

(Ital Heart J 2003; 4 (Suppl 8): 73S-75S)

© 2003 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Andrea A. Conti

Dipartimento di Area  
Critica Medico-Chirurgica  
Università degli Studi  
Viale Morgagni, 85  
50134 Firenze  
E-mail:  
aa.conti@dac.unifi.it

## Premessa

La prevenzione secondaria e la riabilitazione del paziente con patologia cardiaca prevedono numerosi interventi che devono essere integrati in un programma armonico multidisciplinare. L'esercizio fisico, la sospensione del fumo, il trattamento dell'ipertensione arteriosa, del diabete mellito, delle dislipidemie, la correzione del sovrappeso corporeo, l'educazione alimentare ed il sostegno psicologico sono tra le principali componenti dei progetti riabilitativi per la popolazione cardiopatica. Tale popolazione sta assumendo dimensioni sempre maggiori, e la sua età media sta progressivamente aumentando, come del resto l'età media della popolazione generale<sup>1</sup>.

Nonostante tale consapevolezza, molti anziani ancora oggi non vengono coinvolti in programmi riabilitativi che, al contrario, dovrebbero appropriatamente seguire e condividere con gli operatori sanitari che li hanno in carico. Ciò è dovuto a numerose barriere socio-sanitarie che sono state evidenziate già diversi anni or sono<sup>2</sup>.

Scopo di questo lavoro è quello di sintetizzare le strategie e gli obiettivi della riabilitazione cardiologica con particolare riferimento ai soggetti anziani, sottolineando al contempo le criticità e i fattori limitanti la partecipazione attiva dei cardiopatici anziani ai programmi di riabilitazione.

## La riabilitazione cardiologica

La riabilitazione cardiologica è un processo integrato attraverso il quale il soggetto con patologia cardiaca tende a raggiungere e mantenere un soddisfacente livello di sa-

lute e di benessere fisico, psichico e sociale. Le componenti della riabilitazione strutturata, condivisa dal paziente con un gruppo multidisciplinare di operatori sanitari, mirano ad incoraggiare il paziente a modificare appropriatamente il suo stile di vita ai fini della prevenzione di ulteriori eventi clinici e nell'ottica del reinserimento del paziente stesso nelle sue attività quotidiane<sup>3</sup>.

L'esercizio fisico è un caposaldo della riabilitazione cardiologica e dovrebbe essere praticato almeno 2 volte a settimana per almeno 2 mesi. Le raccomandazioni delle linee guida SIGN, graduate in base alla forza delle evidenze, prevedono che, nella prospettiva dell'esecuzione dell'esercizio fisico stesso, i pazienti a rischio lieve e moderato dovrebbero essere sottoposti ad una stratificazione clinica del rischio corredata dall'indagine ecocardiografica; tale valutazione dovrebbe essere completata dal test ergometrico nei pazienti ad alto rischio<sup>3</sup>. La capacità funzionale dovrebbe essere valutata prima ed al completamento dell'esercizio fisico tramite misure valide ed affidabili. L'esercizio fisico rappresenta un elemento della riabilitazione che si integra strettamente con interventi formativi, psicologici e farmacologici<sup>4</sup>.

L'educazione del paziente cardiologico in riabilitazione è essenziale al fine di modificare le abitudini di vita inappropriate (fumo di sigaretta, alimentazione scorretta), di motivarlo al mantenimento di sane abitudini fisiche ed alimentari, e di correggere eventuali opinioni distorte riguardanti la patologia cardiaca di cui è portatore ed il programma riabilitativo stesso<sup>5</sup>. La consulenza psicologica deve essere ritagliata sul singolo individuo, che deve essere valutato in termini di ansia e di depressione (tramite stru-

menti validati, quali la scala Hospital Anxiety and Depression), e, qualora tali patologie vengano diagnosticate, trattato appropriatamente, con particolare attenzione alla scelta dei farmaci antidepressivi per i loro potenziali effetti cardiaci<sup>6</sup>. Gli interventi farmacologici mirati al controllo glico-metabolico del diabete mellito, del trattamento dell'ipertensione arteriosa, della gestione delle dislipidemie, della profilassi antitrombotica rientrano nei provvedimenti terapeutici della prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica<sup>7</sup>.

Le linee guida SIGN propongono quattro fasi nel percorso riabilitativo del paziente cardiologico. Nella prima, del ricovero ospedaliero, sono comprese la valutazione clinica, l'inizio della formazione e della conseguente correzione delle opinioni erranee, l'analisi dei fattori di rischio e l'impostazione del programma di loro correzione, oltre all'inizio dell'esercizio fisico e della condivisione del programma post-dimissione. Nella seconda fase, immediatamente successiva alla dimissione, deve essere previsto un continuo supporto (personale e/o telefonico) del paziente, il sostegno psicologico e la creazione di quella rete di contatti socio-sanitari essenziale nel programma riabilitativo. La terza fase è caratterizzata dall'integrazione dell'esercizio fisico strutturato con il sostegno psicologico e con l'educazione sullo stile di vita domiciliare ai fini del reinserimento nell'ambiente lavorativo e sociale, laddove le condizioni del paziente lo permettano, o comunque ai fini del massimo recupero della capacità funzionale nei pazienti più gravi. La quarta fase è quella del mantenimento a lungo termine dell'attività fisica e delle appropriate modificazioni dello stile di vita<sup>3</sup>.

### La riabilitazione cardiologica nell'anziano

Per quanto la maggior parte dei ricoveri e delle procedure cardiologiche si concentri negli Stati Uniti nei soggetti di età > 65 anni, questa fascia di età è stata nel passato esclusa da molti studi clinici centrati sulla riabilitazione cardiaca, e solo recentemente è cresciuta l'attenzione per i pazienti cardiologici anziani<sup>8</sup>. Se confrontati con soggetti più giovani, i soggetti di età > 65 anni hanno in linea generale una minore tolleranza allo sforzo, tassi più elevati di comorbidità e di disabilità, ed una maggiore frequenza di sintomi depressivi<sup>9</sup>. Lungi dal rappresentare fattori limitanti la partecipazione dei soggetti anziani ai programmi di riabilitazione cardiologica, le caratteristiche sopra indicate rendono i cardiopatici di età avanzata buoni candidati alla riabilitazione cardiologica, che diversi studi hanno infatti dimostrato in grado di migliorare la capacità funzionale, la tolleranza all'esercizio e la sintomatologia depressiva<sup>10</sup>. Dal punto di vista metodologico occorre tuttavia ricordare che la maggior parte degli studi che hanno preso in esame l'efficacia e l'efficienza della riabilitazione cardiologica nell'anziano sono studi osservazionali di dimensioni limitate, ossia indagini che non hanno la stessa forza

delle sperimentazioni controllate e randomizzate<sup>11</sup>. Tali studi sono comunque consensuali nell'indicare miglioramenti costanti nella capacità aerobica, nei fattori di rischio cardiovascolari e nella qualità della vita dei pazienti arruolati.

Più di recente, uno studio controllato non randomizzato ha confrontato un modello di riabilitazione cardiologica integrata (consulenza, formazione ed esercizio) con l'assistenza abituale in soggetti anziani, riscontrando un numero minore di ricoveri ripetuti e di visite presso il pronto soccorso nel gruppo di intervento<sup>12</sup>. Uno studio clinico controllato e randomizzato condotto su oltre 100 soggetti anziani con cardiopatia ischemica ha evidenziato chiaramente nei trattati, rispetto ai controlli, una maggiore tolleranza allo sforzo, oltre che un miglioramento dell'attività fisica, dello stato di salute generale e della qualità della vita<sup>13-15</sup>. Le revisioni sistematiche della letteratura attualmente disponibili, condotte sia su studi osservazionali (serie di casi) che su studi di intervento (trial controllati e randomizzati, più rari) suggeriscono che i pazienti anziani traggono un beneficio almeno pari a quello dei pazienti più giovani dalla riabilitazione basata sull'esercizio fisico<sup>16,17</sup>.

In sintesi, le principali strategie riabilitative cardiologiche nel paziente anziano comprendono l'esercizio fisico (preparazione per il potenziamento della resistenza cardiovascolare e training per il potenziamento muscolare), gli interventi sulla sfera cognitiva e psicologica e l'approccio multidisciplinare di prevenzione secondaria<sup>18</sup>. Nel paziente molto anziano (> 75 anni), in particolare, alcuni aspetti specifici richiedono un'attenzione ancora maggiore, anche in funzione dell'identificazione degli obiettivi personalizzati della riabilitazione<sup>19</sup>. In quest'ottica, ad esempio, la valutazione della capacità funzionale non può essere sempre eseguita tramite test ergometrico, ma assume maggiore importanza il test del cammino per 6 minuti. L'analisi della fitness motoria deve prendere in esame le comorbidità pressoché inevitabilmente associate; queste ultime appaiono particolarmente importanti anche ai fini della valutazione dello stato nutrizionale e dello stile alimentare, spesso condizionati da patologie (insufficienza cardiaca) e condizioni (allettamento) concomitanti. L'analisi della sfera psicologica deve allargarsi anche alla valutazione delle condizioni neuro-cognitive, al cui deterioramento concorrono episodi cardiovascolari acuti ma anche patologie associate ad alta prevalenza nell'anziano (diabete mellito, anemie, broncopneumopatia cronica ostruttiva) che richiedono un intervento formativo equilibrato, concordato e realmente efficace<sup>18</sup>.

Gli obiettivi del programma riabilitativo del soggetto cardiopatico anziano sono di conseguenza dettati da tutte le sue fasi, scandite dall'accurata analisi multidimensionale preliminare, dalla pianificazione del percorso riabilitativo vero e proprio, dalla sua implementazione attenta e condivisa, e dalla valutazione di indicatori di processo e di risultato idonei a misurare realmente "quello che stiamo facendo"<sup>20</sup>.

Tra i quesiti non ancora risolti nel paziente molto anziano vanno sicuramente citati l'integrazione della figura del geriatra nel progetto riabilitativo del soggetto cardiopatico ed il ruolo della terapia occupazionale, in specie nella riabilitazione del soggetto con insufficienza cardiaca congestizia<sup>18,20</sup>.

Obiettivo di fondo del percorso riabilitativo del paziente cardiologico anziano e molto anziano è sicuramente la rimozione degli ostacoli alla partecipazione attiva al programma e la promozione della massima adesione al progetto riabilitativo concordato<sup>21</sup>. La presa di coscienza delle barriere poste all'entrata del percorso costituisce la prima tappa del processo di partecipazione. Pertanto, dovrebbe essere diffusa la consapevolezza del valore della prevenzione secondaria e della riabilitazione nei cardiopatici anziani, non solo tra i pazienti, ma anche tra gli operatori sanitari; dovrebbero essere esplicitate le difficoltà finanziarie e logistiche che anche i pazienti motivati e desiderosi di partecipare potrebbero incontrare; dovrebbe essere chiarito che, ancora oggi, le disponibilità di programmi domiciliari per i soggetti anziani sono limitate<sup>8,22</sup>.

## Conclusioni

Nonostante il costante aumento del numero di pazienti cardiologici anziani, e nonostante la crescita della quantità e della qualità delle evidenze di efficacia della riabilitazione cardiologica nei soggetti anziani, il coinvolgimento di questi soggetti in programmi di riabilitazione strutturata è ancora largamente migliorabile.

Tra le principali sfide per l'immediato futuro si segnalano pertanto l'acquisizione più capillare di evidenze riguardanti il trattamento riabilitativo negli individui di età > 65 anni (e > 75 anni), con particolare riferimento alle caratteristiche funzionali di tale popolazione, e il perseguimento di una partecipazione sempre più attiva e consapevole degli anziani in progetti riabilitativi integrati già dimostratisi efficaci ed efficienti, mediante un aumento della consapevolezza del loro valore da parte degli operatori sanitari ed attraverso la rimozione degli ostacoli condizionanti l'adesione dei cardiopatici.

## Bibliografia

1. Sobel BE. The structure of cardiological revolutions. James B Herrick Lecture. *Circulation* 1993; 87: 2047-54.
2. Ades PA, Waldmann ML, McCann WJ, Weaver SO. Predictors of cardiac rehabilitation participation in older coronary patients. *Arch Intern Med* 1992; 152: 1033-5.
3. SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Cardiac rehabilitation. A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland, No. 57, 2002.
4. New Zealand Guidelines Group and Heart Foundation. Cardiac rehabilitation. Evidence-based best practice guideline. Wellington, New Zealand, 2002.
5. Thompson DR, Bowman GS. Evidence for the effectiveness of cardiac rehabilitation. *Intensive Crit Care Nurs* 1998; 14: 38-48.
6. NHS centre for reviews and dissemination. University of York. Cardiac rehabilitation. *Effective Health Care* 1998; 4.
7. Gensini GF, Conti AA, Conti A, Panti A. From prevention to cardiovascular rehabilitation: statins and evidence-based medicine. *Ital Heart J Suppl* 2002; 3: 91-4.
8. Williams MA, Fleg JL, Ades PA, et al. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients > 75 years of age). *Circulation* 2002; 105: 1735-43.
9. Ades PA. Introduction - The elderly in cardiac rehabilitation. *Am J Geriatr Cardiol* 1999; 8: 61-2.
10. Lavie CJ, Milani RV. Benefits of cardiac rehabilitation and exercise training programs in elderly coronary patients. *Am J Geriatr Cardiol* 2001; 10: 323-7.
11. Pasquali SK, Alexander KP, Peterson ED. Cardiac rehabilitation in the elderly. *Am Heart J* 2001; 142: 748-55.
12. Bondestam E, Breikss A, Hartford M. Effects of early rehabilitation on consumption of medical care during the first year after acute myocardial infarction in patients ≥ 65 years of age. *Am J Cardiol* 1995; 75: 767-71.
13. Stahle A, Nordlander R, Ryden L, Mattsson E. Effects of organized aerobic group training in elderly patients discharged after an acute coronary syndrome. A randomized controlled study. *Scand J Rehabil Med* 1999; 31: 101-7.
14. Stahle A, Mattsson E, Ryden L, Unden A, Nordlander R. Improved physical fitness and quality of life following training of elderly patients after acute coronary events. A 1 year follow-up randomized controlled study. *Eur Heart J* 1999; 20: 1475-82.
15. Stahle A, Nordlander R, Bergfeldt L. Aerobic group training improves exercise capacity and heart rate variability in elderly patients with a recent coronary event. A randomized controlled study. *Eur Heart J* 1999; 20: 1638-46.
16. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989; 80: 234-44.
17. US Department for Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research. Cardiac rehabilitation. Rockville, MD: Clinical Practice Guideline No 17. AHCPR Publication No. 96-0672, 1995.
18. Vigorito C, Incalzi RA, Acanfora D, Marchionni N, Fattiroli F, for the Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Recommendations for cardiovascular rehabilitation in the very elderly. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60: 25-39.
19. Lavie CJ, Milani RV. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training program in patients > 75 years of age. *Am J Cardiol* 1996; 78: 675-7.
20. Keteyian SJ, Brawner CA. Chronic heart failure and cardiac rehabilitation for the elderly: is it beneficial? *Am J Geriatr Cardiol* 1999; 8: 80-6.
21. Van Camp SP, Peterson RA. Cardiovascular complications of outpatient cardiac rehabilitation programs. *JAMA* 1986; 256: 1160-3.
22. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. Exeter, Devon, UK: Cochrane Database Syst Rev CD001800, 2001.