

DALLA FASE POST-ACUTA A QUELLA CRONICA

Criteri di accesso alla riabilitazione cardiologica

Cesare Greco, Maria Bianchi, Cristina Rasile

U.O. di Cardiologia III, A.O. San Giovanni-Addolorata, Roma

(G Ital Cardiol 2010; 11 (5 Suppl 3): 1215-1235)

© 2010 AIM Publishing Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Cesare Greco

U.O. di Cardiologia III

A.O. San Giovanni-

Addolorata

Via dell'Amba Aradam, 9

00814 Roma

E-mail: cgreco@

hsangiovanni.roma.it

L'attenzione verso la riabilitazione cardiologica è cresciuta negli ultimi anni per le sempre più numerose evidenze sul favorevole impatto costo-efficacia in termini di salute pubblica dell'intervento riabilitativo. A tutt'oggi i programmi di riabilitazione cardiologica e di prevenzione secondaria sono riconosciuti come parte integrante del percorso terapeutico dei pazienti con patologie cardiovascolari^{1,2} e pertanto sono raccomandati come utili ed efficaci sia in pazienti con cardiopatia ischemica³⁻⁵ che con scompenso cardiaco⁶ o dopo cardiocirurgia⁷. Attraverso un intervento multidisciplinare comprensivo di valutazione medica, prescrizione dell'esercizio, correzione dei fattori di rischio, interventi educazionali e di *co-unseling*², la riabilitazione cardiologica ha dimostrato di ridurre il rischio di morte improvvisa e reinfarto e migliorare i sintomi cardiaci, la capacità funzionale e la qualità di vita in pazienti affetti da patologie cardiovascolari^{2,8}. La Cochrane Review⁹ del 2001 dimostra infatti una riduzione della mortalità per tutte le cause pari al 27% e di mortalità cardiovascolare del 26% nei pazienti post-infarto miocardico, dopo rivascularizzazione chirurgica o con angina cronica stabile. Tali risultati rimangono favorevoli anche prendendo in considerazione interventi riabilitativi precoci, effettuati cioè entro le 4 settimane dall'episodio acuto.

Sulla base di questi risultati sempre più risorse vengono oggi indirizzate allo sviluppo di tali strutture e come dimostrato dallo studio ISYDE¹⁰ si è potuto registrare negli ultimi 10 anni un incremento pari al 70% delle cardiologie riabilitative. Nell'ISYDE, breve rassegna sull'attività di 165 centri di riabilitazione cardiologica italiani, la capacità recettiva globale è risultata pari a circa 60 000 pazienti/anno con una degenza media di 18 giorni. Dati del servizio informativo ospedaliero o dei database della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH) ed Emodinamica (SICI-GISE) suggeriscono però come il fabbisogno assistenziale reale, valutato sulla base delle attuali indicazioni alla riabilitazione cardiologica, eccederebbe di gran lunga tali potenzialità, supe-

rando i 250 000 pazienti eleggibili all'anno nel nostro paese. Se ciò, da un verso, sottolinea la necessità di un ulteriore potenziamento di tali strutture, dall'altro stimola ad una selezione dei pazienti basata sul criterio di priorità per le categorie a maggior rischio e quindi a maggior beneficio. È inoltre noto che, nonostante le autorevoli raccomandazioni, le indicazioni alla riabilitazione cardiologica incontrano ancora notevoli difficoltà nell'affermarsi come parte integrante della gestione del paziente post-acuto nel campo della cardiopatia ischemica e dello scompenso cardiaco. I recenti dati dell'EUROASPIRE III confermano come in Europa solo un terzo dei pazienti con cardiopatia ischemica venga ammesso ad un programma strutturato di riabilitazione cardiologica¹¹ e come negli ultimi anni il raggiungimento del *target* di prevenzione secondaria sia peggiorato¹². Queste difficoltà sono in parte dovute alla non omogenea distribuzione delle strutture di cardiologia riabilitativa, responsabile di un notevole divario tra la potenziale ampia richiesta e la più ristretta capacità reale di fornire tale servizio, e in parte alla tendenza dell'assistenza cardiologica a privilegiare la fase acuta rispetto alla fase post-acuta o cronica. Sembra infine superata la remora legata ad un elevato costo dei programmi riabilitativi, in quanto è ormai dimostrato che la riabilitazione cardiologica è un intervento con un rapporto costo/efficacia molto favorevole sia dopo un evento coronarico⁹ che dopo un episodio di scompenso¹³.

Da qui la necessità di selezionare le categorie di pazienti per le quali il trattamento riabilitativo è da considerare non solo utile ma imprescindibile e alle quali dare la priorità nell'accesso alle strutture riabilitative. Il criterio principale per la selezione dei pazienti da avviare al percorso riabilitativo è il livello di rischio, prediligendo i pazienti a rischio più elevato. Anche un'accurata selezione delle popolazioni di pazienti da avviare alla riabilitazione cardiologica non sembra sufficiente però a far fronte alla richiesta reale, pertanto si rende necessario riformulare l'offerta riabilitati-

va attraverso una riduzione del ricorso alla riabilitazione degenziale in favore della riabilitazione ambulatoriale o domiciliare nei pazienti a più basso rischio.

Schematizzando, le categorie principali alle quali si rivolge il percorso riabilitativo sono:

- pazienti sottoposti ad interventi cardiocirurgici,
- pazienti con recente sindrome coronarica acuta,
- pazienti con scompenso cardiaco,
- pazienti candidati o portatori di dispositivi (pacemaker, defibrillatore, resincronizzatori).

In ogni categoria vanno identificati i pazienti a più elevato rischio.

Pazienti sottoposti ad interventi cardiocirurgici

Le evidenze in letteratura sui benefici della riabilitazione cardiologica nei pazienti sottoposti ad interventi cardiocirurgici sono molteplici identificandoli pertanto come candidati ideali^{14,15}. In questi pazienti, data la brevità delle degenze cardiocirurgiche, la riabilitazione cardiovascolare assume primariamente un ruolo di stabilizzazione clinica e di valutazione delle complicanze attraverso strutture degenziali riservando alla fase ambulatoriale lo sviluppo completo del programma riabilitativo. Devono essere indirizzati ai programmi riabilitativi degenziali i pazienti complicati o complessi:

- ad elevato rischio di nuovi eventi cardiovascolari e/o instabilità clinica (classe NYHA >II o frazione di eiezione <35%, aritmie iper-ipocinetiche severe, necessità di terapie invasive, recidive ischemiche precoci, altri fattori instabilizzanti);
- dimessi tardivamente dopo prolungata degenza in Rianimazione o Terapia Intensiva per assistenza respiratoria/cardiaca strumentale;
- con complicanze evento-correlate;
- con presenza o riacutizzazioni di comorbidità severe;
- dimessi dalla Cardiocirurgia molto precocemente (mediamente prima della settimana giornata post-intervento).

Per i pazienti non complicati e non complessi è invece preferibile una degenza breve nelle strutture riabilitative (3-7 giorni) indirizzando l'iter successivo verso la riabilitazione ambulatoriale o domiciliare.

Pazienti con sindrome coronarica acuta

Le recenti linee guida^{3,16,17} raccomandano un programma di riabilitazione cardiologica precoce per tutti i pazienti con infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST ed in tutti i pazienti con sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST a moderato-alto rischio. La prognosi dopo la fase acuta dell'infarto miocardico è ancor oggi sorprendentemente negativa, nel mondo reale, soprattutto nei sottogruppi identificati come ad alto rischio durante la degenza e come quindi sia prioritario avviare questi pazienti ad un percorso riabilitativo e ri valutativo che ne migliori il destino, elemento che suggerisce di investire risorse e creare percorsi assistenziali specifici per questa popolazione di pazienti.

In particolare andranno indirizzati alla riabilitazione degenziale i pazienti:

- con scompenso o disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione <40%);
- con ricoveri prolungati in fase acuta o con complicanze o comorbidità;
- con vita estremamente sedentaria o anziani.

Si potrà preferire invece una riabilitazione ambulatoriale per i pazienti con elevato rischio cardiovascolare:

- giovani con fattori di rischio multipli, persistente abitudine al fumo;
- elevato rischio clinico-cardiovascolare (rivascolarizzazione incompleta, coronaropatia diffusa o critica e multipli fattori di rischio);
- sindromi ansioso-depressive.

Pazienti con scompenso cardiaco

Se i dati derivanti dalla Cochrane Review⁹ non hanno documentato un impatto favorevole della riabilitazione cardiologica sulla prognosi dei pazienti con scompenso cardiaco, una recente metanalisi¹³ ha mostrato una significativa riduzione della mortalità in pazienti con scompenso cronico stabile arruolati in un programma di *training* fisico. Risultati analoghi derivano dalla recente pubblicazione dello studio HF-ACTION in cui la riabilitazione cardiologica ha mostrato di ridurre sia la mortalità che la percentuale di riospedalizzazioni¹⁸. Sulla base di questi dati le recenti linee guida sullo scompenso cardiaco assegnano alla riabilitazione un ruolo fondamentale non solo come mezzo per migliorare la qualità di vita e la capacità funzionale ma anche come intervento favorevole per migliorare la prognosi. I criteri per l'accesso ai percorsi riabilitativi nei pazienti con scompenso cardiaco secondo le linee guida nazionali di cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari¹⁹ possono essere così riassunti:

- pazienti in fase di instabilità (prevalentemente in classe NYHA III-IV);
- pazienti con necessità di valutazione per porre indicazione a trapianto cardiaco o per verificare la persistenza all'indicazione.

La decisione riguardo al tipo di intervento verrà poi presa sulla base del rischio clinico, della complessità clinico-assistenziale e del grado di disabilità.

Bibliografia

1. Leon S, Franklin BA, Costa F, et al. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2005; 111: 369-76.
2. Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK, et al. Cardiac Rehabilitation. Clinical Practice Guideline No. 17. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agencies for Health Care Policy and Research, and the National Heart, Lung, and Blood Institute. AHCPR publication No. 96-0672, October 1995.
3. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular An-

- giography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50: e1-e157.
4. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction - summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the management of patients with unstable angina). *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 1366-74.
 5. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina - summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the management of patients with chronic stable angina). *Circulation* 2003; 107: 149-58.
 6. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, et al. 2009 Focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation* 2009; 119: 1977-2016.
 7. Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, et al. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to update the 1999 guidelines for coronary artery bypass graft surgery). *Circulation* 2004; 110: e340-e437.
 8. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. A scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007; 115: 2675-82.
 9. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (1): CD001800.
 10. Tamarin R, Ambrosetti M, De Feo S, Piepoli M, Riccio C, Griffo R, for the ISYDE-2008 Investigators of the Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Prevention. The Italian Survey on Cardiac Rehabilitation-2008 (ISYDE-2008). Part 3. National availability and organization of cardiac rehabilitation facilities. Official report of the Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology (IACPR-GICR). *Monaldi Arch Chest Dis* 2008; 70: 175-205.
 11. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyorala K, Keil U, for the EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009; 373: 929-40.
 12. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyorala K, Keil U, for the EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16: 121-37.
 13. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ; ExTraMATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ* 2004; 328: 189.
 14. Scrutinio D, Giannuzzi P. Comorbidity in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: impact on outcome and implications for cardiac rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15: 379-85.
 15. Temporelli PL, Giannuzzi P. Cardiac rehabilitation after cardiac surgery: a valuable opportunity that should not be missed. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15: 128-9.
 16. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2008; 29: 2909-45.
 17. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, et al. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2008; 117: 296-329.
 18. O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, et al, for the HF-ACTION Investigators. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 301: 1439-50.
 19. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006; 66: 81-116.