

Dalla prevenzione alla riabilitazione: “l’indispensabile, l’utile, il superfluo”

Maurizio Ferratini, Salvatore Pirelli*

U.O. di Cardiologia Riabilitativa, Centro IRCCS S. Maria Nascente, Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS, Milano,
*Divisione di Cardiologia, Azienda Ospedaliera “Istituti Ospitalieri”, Cremona

(Ital Heart J 2005; 6 (Suppl 2): 3S-5S)

Per la corrispondenza:

Dr. Maurizio Ferratini

U.O. di Cardiologia
Riabilitativa

Centro IRCCS

S. Maria Nascente

Fondazione

Don Carlo Gnocchi-
ONLUS

Via Capecelatro, 66

20148 Milano

E-mail:

mferratini@dongnocchi.it

I progressi cui abbiamo assistito nell’ultimo decennio in cardiologia nella prevenzione, terapia e riabilitazione sono stati entusiasmanti e si sono tradotti in sensibili riduzioni della morbilità e mortalità delle principali cardiopatie e in miglioramenti nella qualità della vita dei pazienti.

I progressi sono attribuibili a due fattori: la ricerca clinica e l’innovazione tecnologica.

Le nostre conoscenze hanno beneficiato di evidenze scientifiche prodotte da studi controllati, randomizzati che hanno arruolato grandi numeri di pazienti (i grandi trial clinici) e che hanno posto le basi di quella “evidence-based medicine” alla base di ogni processo decisionale in campo clinico. È solo il caso di ricordare il contributo originale italiano in questo campo rappresentato dallo studio GISSI sull’impiego della streptokinasi nell’infarto acuto; non solo i risultati a breve e a lungo termine sono stati fondamentali ma anche l’impianto e la metodologia seguita dagli autori dello studio sono stati esempio e guida per i ricercatori¹.

Numerosi trial sono seguiti al GISSI su ampie casistiche nel campo della prevenzione, della riabilitazione e della terapia delle principali cardiopatie tra cui l’infarto miocardico, l’insufficienza cardiaca, ecc.; i loro risultati hanno consentito alle diverse società scientifiche di redigere linee guida che costituiscono un bagaglio culturale indispensabile per ogni medico. I risultati dei grandi trial e le linee guida, pur non trasferibili direttamente al singolo paziente, hanno costituito il mezzo per una medicina basata non più sull’esperienza clinica personale, ma evidenziata come appropriata in ampie popolazioni.

Nel campo della prevenzione primaria si è progressivamente affermato il concetto di “rischio cardiovascolare globale”; esso rappresenta il criterio su cui attualmente orientare l’intervento preventivo (comportamentale e/o farmacologico) e ha determinato il superamento della strategia incentrata sul controllo del singolo fattore di rischio, a volte scarsamente influente sull’outcome del paziente. Questa più recente strategia di intervento ha consentito di indirizzare l’impiego di farmaci e/o le misure di prevenzione sui soggetti a maggior rischio^{2,3}.

Al concetto di rischio cardiovascolare globale si è affiancato negli ultimi anni e sulla base di trial clinici di grandi dimensioni, randomizzati e controllati quello di “equivalenza di rischio per coronaropatia” per tutti quei soggetti con manifestazioni aterosclerotiche in distretti diversi dalle coronarie, ma con presenza di fattori di rischio multipli per coronaropatia e affetti da diabete mellito. In essi si confermano i benefici di una terapia aggressiva ipocolesterolemizzante, indipendentemente dall’età dei soggetti, che deve essere sempre abbinata alle modificazioni dietetiche e comportamentali atte a controllare i fattori di rischio legati a stili di vita scorretti^{4,5}.

La ricerca clinica ha evidenziato ormai inequivocabilmente l’importanza dei preparati della classe degli ACE-inibitori e degli inibitori del sistema renina-angiotensina e ne ha precisato ed esteso le indicazioni nei pazienti affetti da coronaropatia anche con funzione ventricolare sinistra conservata. Questi farmaci costituiscono un presidio di “prevenzione coronarica e vascolare” indipendentemente dalla presenza o meno di ipertensione e/o diabete⁶ anche nei soggetti non affetti da coronaropatia purché ad elevato rischio cardiovascolare⁷.

L'impiego degli omega-3 nella prevenzione della morte improvvisa è sostenuto dall'evidenza di una significativa riduzione della mortalità totale osservata nei pazienti sopravvissuti ad infarto miocardico e arruolati nello studio GISSI-Prevenzione trattati con acidi grassi polinsaturi a bassi dosaggi⁸. È verosimile comunque che prima di sostenerne un utilizzo esteso come farmaco antifibrillatorio e/o antiaritmico in tutti i pazienti affetti da infarto miocardico siano necessarie ulteriori evidenze in studi *ad hoc* di ampie dimensioni.

Infine la logica e il razionale dell'impiego dei beta-bloccanti nel paziente con insufficienza cardiaca ha trovato nuove conferme: i pazienti con compromissione del ventricolo sinistro di grado severo, quelli con insufficienza renale, diabete, aritmie e di età avanzata sono quelli a maggior rischio di mortalità per insufficienza cardiaca e in essi ogni sforzo deve essere fatto perché vengano trattati con le molecole (carvedilolo, bisoprololo, metoprololo) che hanno dimostrato di incidere favorevolmente sulla sopravvivenza⁹⁻¹⁴. È evidente la necessità della comunità scientifica di implementare la terapia dell'insufficienza cardiaca con questi farmaci ancora fortemente sottoutilizzati nella pratica clinica.

La riabilitazione ed il suo approccio globale costituiscono un momento fondamentale nell'iter del cardiopatico. Si è consolidata la necessità di una stretta relazione temporale tra evento acuto e riabilitazione; scarsamente appropriati per contro vengono ritenuti i periodi di riabilitazione programmati (lontani dall'evento indice).

La brevità attuale dei ricoveri ospedalieri condizionata anche dalle particolari modalità di tariffazione (DRG) delle prestazioni mediche sanitarie hanno contribuito a trasformare il ruolo della "riabilitazione" che viene ad essere un momento importante dell'assistenza, della terapia farmacologica e del suo "up-grading", del "counseling". La riabilitazione si conferma come indicata in pressoché tutte le cardiopatie ed in particolare dopo attacco ischemico coronarico indipendentemente o meno dall'esecuzione di una procedura di rivascolarizzazione percutanea, dopo intervento cardiocirurgico maggiore, dopo la fase acuta dell'insufficienza cardiaca. In tutti i pazienti e anche in quelli di età avanzata si sono dimostrati effetti favorevoli in termini di qualità della vita e di outcome.

Non vi è dubbio che in tempi di risorse economiche limitate, anche il ruolo della riabilitazione cardiologica debba essere riconsiderato criticamente. Interessanti ricerche sono state messe in campo per identificare nei pazienti i predittori socio-economici, clinici, cardiologici e umorali di un outcome riabilitativo favorevole, nell'ottica di riservare ad essi l'approccio riabilitativo e di definire per contro, per gli altri soggetti, programmi alternativi più individualizzati e meno impegnativi. È solo il caso di ricordare in proposito le controversie circa l'opportunità del training fisico precocemente dopo infarto miocardico esteso^{15,16}. Grande è l'attesa della comunità scientifica sui risultati dello studio italiano GO-

SPEL che confrontando due strategie, una di tipo convenzionale, l'altra più complessa e strutturata, definirà ciò che è realmente indicato in campo riabilitativo dopo infarto miocardico.

L'innovazione tecnologica nel campo della diagnostica, della cardiologia interventistica e della cardiocirurgia rappresenta l'altro importante fattore di progresso cui stiamo assistendo nella nostra branca medica.

Una diagnosi, ad esempio, più precoce di coronaropatia con nuove tecniche di imaging (tomografia assiale computerizzata nella diagnosi precoce di malattia coronarica, risonanza magnetica per lo studio della perfusione e del metabolismo cardiaco, ecc.), l'impiego di presidi più efficaci nel prevenire la restenosi dopo angioplastica coronarica (stent medicati), lo sviluppo di tecniche cardiocirurgiche riparative nelle insufficienze valvolari aortica e mitralica o meno invasive (interventi "off-pump", in videoscopia, in minitoracotomia o mini sternotomia, ecc.) hanno senza dubbio ampliato il nostro armamentario diagnostico e terapeutico. Ciò si è tradotto in cure più tempestive, più efficaci in acuto e a distanza, in decorsi postchirurgici più favorevoli.

I miglioramenti delle tecniche interventistiche (percutanee e cardiocirurgiche nel campo delle malattie valvolari e delle coronaropatie), dei device impiantabili e delle tecniche ablativo in aritmologia, hanno consentito da un lato di estendere le indicazioni in patologie più complesse, in popolazioni di età più avanzata e con comorbilità e a rischio (in passato escluse *a priori* per un rapporto rischio/beneficio sfavorevole), dall'altro di anticipare le stesse in popolazioni meno compromesse.

Ne è conseguito un incremento del numero di esami strumentali, di presidi e procedure diagnostiche e terapeutiche ad elevato costo e un notevole aggravio delle spese per una sanità con riserve economiche limitate. È evidente che lo sviluppo e l'impiego di nuove tecniche debbano essere "governate"; l'entusiasmo eccessivo e le spinte, a volte autoreferenziali verso un loro esteso utilizzo deve tenere conto della loro appropriatezza, della loro indicazione rispetto a strategie terapeutiche e interventistiche più conservative e più "evidenziate" dalla normale prassi medica.

Queste sono le motivazioni per cui quest'anno il Convegno "Opinioni a confronto in cardiologia" ha previsto interventi su ciò che può definirsi "indispensabile, utile o superfluo".

Riteniamo che gli autori intervenuti abbiano svolto assai esaustivamente il loro compito, e il loro contributo viene raccolto nel supplemento che abbiamo il piacere di mettere a disposizione dei lettori dell'*Italian Heart Journal*.

Bibliografia

1. Long-term effects of intravenous thrombolysis in acute myocardial infarction: final report of the GISSI study. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptokinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). *Lancet* 1987; 2: 871-4.

2. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106: 3143-421.
3. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7-22.
4. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001; 22: 554-72.
5. Ornish D, Schrwitz LW, Billing JH, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA* 1998; 280: 2001-7.
6. Fox KM, for the European Trial On Reduction of Cardiac Events with Perindopril in Stable Coronary Artery Disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial (the EUROPA study). *Lancet* 2003; 362: 782-8.
7. Dagenais GR, Yusuf S, Bourassa MG, et al. Effects of ramipril on coronary events in high-risk persons: results of the Heart Outcomes Prevention Evaluation Study (HOPE). *Circulation* 2001; 104: 522-6.
8. Marchioli R, Barzi F, Bomba E, for the GISSI-Prevenzione Investigators. Early protection against sudden death by n-3 polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction: time-course analysis of the results of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico (GISSI)-Prevenzione. *Circulation* 2002; 105: 1897-903.
9. Sackner-Bernstein JD. New evidence from the CAPRICORN trial. The role of carvedilol in high-risk post-myocardial infarction patients. *Rev Cardiovasc Med* 2003; 4 (Suppl 3): S25-S29.
10. Simon T, Mary-Krause M, Funck-Brentano C, et al. Bisoprolol dose-response relationship in patients with congestive heart failure: a subgroup analysis in the Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS II). *Eur Heart J* 2003; 24: 552-9.
11. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS II): a randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 9-13.
12. CAPRICORN Investigators. Effect of carvedilol on outcome after myocardial infarction in patients with left ventricular dysfunction. *Lancet* 2001; 357: 1385-90.
13. MERIT-HF Investigators. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). *Lancet* 1999; 353: 2001-7.
14. Packer M, Fowler MB, Roecker EB, et al. Effect of carvedilol on morbidity of patients with severe chronic heart failure: results of the Carvedilol Prospective Randomised Cumulative Survival (COPERNICUS) study. *Circulation* 2002; 106: 2194-9.
15. Takagi S, Sakuragi S, Baba T, et al. Predictors of left ventricular remodeling in patients with acute myocardial infarction participating in cardiac rehabilitation. *Brain natriuretic peptide and anterior infarction. Circ J* 2004; 68: 214-9.
16. Giannuzzi P, Temporelli PL, Corrà U, Gattone M, Giordano A, Tavazzi L. Attenuation of unfavourable remodeling by exercise training in postinfarction patients with left ventricular dysfunction. Results of the Exercise in Left Ventricular Dysfunction (ELVD) Trial. *Circulation* 1997; 96: 1790-7.