



L'attività motoria dopo un fatto cardiovascolare acuto

11 giugno 2016

Giovanni Pasanisi

U.O. di Cardiologia, Ospedale del Delta, AUSL di Ferrara

Centro Studi Biomedici Applicati allo Sport, Università di Ferrara

Documento ANMCO/GICR-IACPR/GISE

L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche

Commissione ANMCO/GICR-IACPR/GISE

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Società Italiana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR-IACPR)
Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE)

4.2 Attività fisica

“Considerare l'attività fisica alla stregua di un farmaco”. È questo l'obiettivo a cui bisogna mirare per garantire a tutti i pazienti, dopo una SCA, i benefici che un regolare esercizio fisico, opportunamente modulato sulle caratteristiche del singolo individuo, può garantire.

Perché?

- ✓ Incremento della probabilità di sopravvivenza
- ✓ Riduzione della recidiva di nuovi eventi coronarici
- ✓ Incremento della capacità funzionale dei pazienti
- ✓ Innalzamento della soglia ischemica
- ✓ Riduzione dei sintomi
- ✓ Miglioramento della qualità della vita

THE LANCET

Volume 373 · Number 9667 · Pages 867-978 · March 14-20, 2009

www.thelancet.com

“The European health-care systems are dominated by acute care, medical technology, devices, and pharmacological treatments.”

**“To salvage the acutely ischaemic myocardium without addressing the underlying lifestyle causes of the disease is futile;
we need to invest in prevention.”**

Stratificazione del rischio e percorsi assistenziali

Tabella 2. Fabbisogni di prevenzione secondaria/riabilitazione dopo sindrome coronarica acuta in funzione dei diversi profili di rischio clinico e trombotico.

	Counseling pre-dimissione	CR		Ambulatori cardiologici di prevenzione secondaria	Ambulatori cardiologici ospedalieri e territoriali/MMG
		Degenziale	Ambulatoriale		
Alto rischio clinico ^a		+			
Rischio trombotico elevato ^b	+		+	+ ^d	
Basso rischio ^c	+				+

CR, cardiologia riabilitativa; MMG, medico di medicina generale.

^a pazienti con scompenso cardiaco clinico e/o disfunzione ventricolare sinistra durante il ricovero o che necessitano di recupero funzionale per disabilità reversibile legata all'evento clinico acuto.

^b pazienti con malattia multivasale, specie se con rivascolarizzazione incompleta, anatomia coronarica non nota, coesistenza di diabete mellito, insufficienza renale cronica, arteriopatia periferica, storia di angina o di pregresso infarto miocardico.

^c nessuna delle caratteristiche descritte nei punti in ^a e ^b.

^d se non disponibile CR ambulatoriale.

Prescrizione di attività fisica moderata (4-6 METS), aerobica, senza bisogno di una prova da sforzo, per 30-60 minuti tutti i giorni

La Cardiologia Riabilitativa secondo l'OMS

Processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza.

La Cardiologia Riabilitativa secondo l'OMS

Processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza.

La Cardiologia Riabilitativa secondo l'OMS

Processo multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilità clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, di migliorare la qualità della vita e di incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza.

Pazienti candidati a CR

TABELLA I - *Indicazioni alla riabilitazione cardiovascolare*

1. Pazienti con cardiopatia ischemica
 - post-infarto miocardico
 - post by-pass aortocoronarico
 - post angioplastica coronarica
 - cardiopatia ischemica stabile
 2. Pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia valvolare
 3. Pazienti con scompenso cardiaco cronico
 4. Pazienti con trapianto di cuore o cuore/polmone
 5. Pazienti operati per cardiopatie congenite
 6. Pazienti con arteriopatia cronica obliterante periferica
 7. Pazienti portatori di pace-maker o di defibrillatori
-

Le fasi classiche in cui si articola la CR

- **Fase 1:** gestione della fase acuta della malattia
- **Fase 2:** programma strutturato di valutazione globale del rischio e di intervento complessivo (attività fisica, educazione, interventi terapeutici)
- **Fase 3:** mantenimento a lungo termine dell'attività fisica e del cambiamento dello stile di vita

Quali sono i modelli organizzativi ?

- **CR intensiva degenziale:** elevata intensità riabilitativa ed assistenziale, per pazienti a rischio di instabilità clinica.
- **CR intensiva ambulatoriale:** elevata intensità riabilitativa e bassa intensità assistenziale, per pazienti a basso rischio di instabilità anche durante attività di recupero sotto sforzo. Funzionalmente collegata a Cardiologie, UTIC, CCH, CR deg.
- **CR estensiva:** programmi più semplici di mantenimento a lungo termine nel territorio, con il supporto di iniziative e servizi nella comunità.

Ostacoli storici alla diffusione della CR

- **Culturali:** la formazione e l'aggiornamento degli operatori è rivolto soprattutto sull'acuzie; la divulgazione delle conoscenze è influenzata dalle nuove e costose tecnologie (con sovrastima dell'efficacia degli interventi in fase acuta a scapito di quelli preventivi basati sul mantenimento a lungo termine di stili di vita corretti).
- **Organizzativi:** carenze di strutture di CR; costi e difficoltà dell'organizzazione multidisciplinare per cui si tende a proporre programmi di follow-up monospecialistici.
- **Economici:** il sistema di remunerazione a prestazione per pazienti complessi privilegia gli interventi ad alta intensità assistenziale nel paziente acuto.

ISSN 1591-223X
DOSSIER
196-2010



Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna

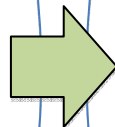
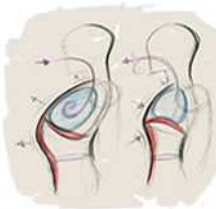
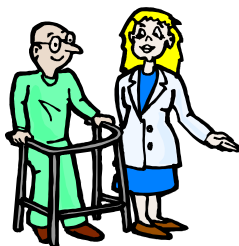
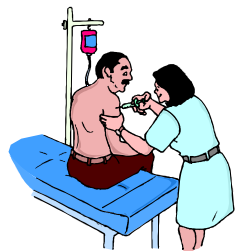
**Analisi empirica dopo implementazione
della rete cardiologica
per l'infarto miocardico acuto**

Governo clinico

L'ottimizzazione delle risorse richiede oggi il ridisegno del fabbisogno (indici di *performance, case mix*) e la **riqualificazione delle UTIC spoke**, in termini di flessibilità nel rispondere alle diverse necessità dei pazienti - incremento di accessi in *hub* (STEMI e SCA noSTEMI) - e maggiore specializzazione - incremento dei ricoveri "non coronarici", **funzioni riabilitative** - per giustificare i costi imputabili solo ai tradizionali reparti ad alta intensità di cura. Diverse possono essere le soluzioni da considerare, come la trasformazione in Strutture semintensive o Terapie intensive multifunzionali (Alonso *et al.*, 2007; Valente *et al.*, 2007), tutte, comunque, devono tenere conto delle singole specificità e rispondere opportunamente alle esigenze assistenziali delle realtà locali.

Fase ospedaliera Cardiologia

Pazienti
Riabilitandi
da CCH



Fase territoriale Medicina dello sport



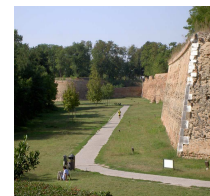
Valutazione
Clinico-strumentale
e follow-up



Esercizio Fisico Adattato:
prescrizione o esecuzione
supervisionata dal medico
dello sport



Incontri educazionali
di gruppo



Gruppi di cammino



Risultati attesi

Ampia documentazione dalla letteratura e dalle analisi di costo/efficacia:

- ✓ Più rapida ripresa della funzionalità cardiocircolatoria
- ✓ Minore incidenza di complicanze infettive respiratorie
- ✓ Minore incidenza di complicanze legate all'allettamento
- ✓ Avvio precoce all'attività fisica da continuare a casa

Che si aggiungono alla:

- ✓ riduzione del rischio di recidiva di IMA e di mortalità
- ✓ miglioramento della sopravvivenza e qualità di vita
- ✓ diminuzione della spesa sanitaria globale

Impatto sulla riduzione del rischio di mortalità

Recommendation	Mortality Risk Reduction Estimated From Studies in CAD Patients	Mortality Risk Reduction Estimated From Cohort Studies in General Population
Smoking cessation	35%	50%
Physical activity	25%	20%–30%
Moderate alcohol	20%	15%
Combined dietary changes	45%	15%–40%

Intervention	Mortality Risk Reduction, Mean (95% CI)
Low-dose aspirin ¹¹¹	18% (1%–30%)
Statins ¹¹²	21% (14%–28%)
β -Blockers ¹¹³	23% (15%–31%)
ACE inhibitors ¹¹⁴	26% (16%–35%)

