

A colloquio con Cesare Albanese, cardiologo della struttura riabilitativa della clinica "Quisisana" di Roma

A proposito di riabilitazione cardiologica

Dopo che un malato di cuore ha subito, secondo il caso, l'angioplastica coronarica con applicazione di stent, oppure l'operazione a cuore aperto per ricanalizzare le coronarie con dei by-pass, nella fase di ristabilimento fisico e psichico si dovrebbe procedere alla cosiddetta riabilitazione cardiologica. Coloro che hanno vissuto questa fase delicata della loro vita lamentano spesso, successivamente all'intervento, l'impossibilità di essere virili come prima e di esercitare armoniosamente il sesso con le persone cui sono affettivamente legate.

Problemi da poco se si ritiene che "non esiste solo questo nella vita" e che ci sono tante altre cose da fare. È vero, ma bisogna considerare che la prima regola che il cardiologo impone è la perdita di peso e un'alimentazione controllata, ossia la scrupolosa osservanza di una dieta. Poi la totale astinenza dalle bevande alcoliche, tranne un bicchiere di vino rosso durante i pasti, che fa sempre bene. Applicando la filosofia spicciola degli antichi, ma sempre valida, tutto passa per la pancia. Se ci si priva di mangiare, bere e fare l'amore, la risposta è quella del popolo: "Che si campa a fare!". Aggiungiamo inoltre che medicine a base di beta bloccanti ed altro certamente non sempre aiutano il paziente a reintrodursi in una vita psicologicamente normale.

Da qualche tempo oltre a sedute e colloqui informativi con i pazienti, tenuti da cardiologi, psicologi, nutrizionisti e assistenti sociali dell'ospedale, viene praticata con ottimi risultati la riabilitazione fisica del cardiopatico. Cicli ginnici e comportamentali che abitano il paziente a relazionarsi con il proprio corpo, a convivere con il proprio male e a condurre un'esistenza abbastanza serena, all'insegna del proverbio che recita: "Dura più un cocchio rotto che uno sano".

La riabilitazione cardiologica viene sempre più riconosciuta come una delle componenti essenziali del "continuum" assistenziale dei pazienti con malattia cardiovascolare. Nella maggior parte delle attuali linee guida per la pratica clinica la sua applicazione è comunemente raccomandata, ma nonostante i sostanziali benefici arrecati, i servizi di riabilitazione cardiologica sono scarsamente utilizzati.

Oltre dieci anni fa le linee guida sulla riabilitazione cardiologica del "U.S. Department of health and human services", dell'"Agency for healthcare policy and research" (AHCPR) e del "National heart, lung, and blood institute", hanno identificato la riabilitazione cardiologica come la prestazione di un insieme di servizi a lungo termine che comprendono la valutazione medica, la prescrizione di esercizio, la modificazione dei fattori di rischio cardiaco, l'istruzione del paziente, le indicazioni terapeutiche e gli interventi comportamentali. Questa definizione rimane estremamente rilevante e applicabile anche oggi. Le linee guida AHCPR sottolineano l'efficacia di servizi poliedrici e multidisciplinari di riabilitazione cardiologica integrati in un approccio olistico. L'obiettivo di questo processo multifattoriale è quello di limitare gli effetti organici e psicologici della sofferenza cardiaca, di ridurre il rischio di morte improvvisa o di reinfarto, di controllare i sintomi cardiaci, di stabilizzare o inibire la progressione del processo aterosclerotico e di migliorare lo stato psicosociale e professionale del paziente. La fornitura dei servizi di riabilitazione cardiologica, secondo le linee guida, doveva essere gestita da un medico, ma la sua realizzazione completa avrebbe coinvolto una varietà di figure professionali operanti in ambito sanitario.

Sebbene la maggior parte dei candidati a questo servizio sia stata rappresentata tradizionalmente da pazienti che avevano sperimentato



un infarto miocardico acuto (Ima) o un intervento chirurgico di by-pass aorto-coronarico (Cabg), attualmente la sua applicazione include anche pazienti sottoposti a interventi coronarici percutanei (Pci), a trapianto di cuore o cuore/polmone, pazienti con angina stabile o scompenso cardiaco cronico stabile, soggetti con arteriopatia periferica con "claudicatio" e pazienti sottoposti a procedure cardiocirurgiche di riparazione o sostituzione valvolare e aortica. Negli ultimi anni, i partecipanti ai programmi di riabilitazione hanno incluso in misura sempre crescente pazienti in età più avanzata, con malattie multiple, diverse e associate: diabete, malattie neurologiche, ortopediche ecc.

Nonostante il ruolo della terapia riabilitativa in questo senso sia stato estesamente documentato, appoggiato e promosso da un gran numero di organizzazioni sanitarie e società scientifiche nazionali ed internazionali, nonostante l'esistenza delle loro dichiarazioni relativamente all'omnicomprensiva prevenzione secondaria degli eventi cardiovascolari, fino al 2007 non risultava disponibile nessun sistema standardizzato per valutare le indicazioni e l'efficienza dei servizi di prevenzione cardiologica secondaria. Questi parametri di valutazione sono stati creati per contesti ospedalieri, ambulatoriali e programmi riabilitativi di cardiologia, disegnati come meccanismo per tradurre più rapidamente in pratica la più forte evidenza clinica, al fine di stimolare l'indicazione alla riabilitazione e di standardizzare meglio le cure.

Gli interventi sono disegnati per ottimizzare la riduzione del rischio cardiovascolare, incoraggiare determinati comportamenti salutari e favorire l'adesione costante nel tempo a tali comportamenti, ridurre l'invalidità legata a problematiche cardiovascolari e promuovere uno stile di vita attivo nei pazienti con malattia cardiovascolare.

Le colonne portanti della riabilitazione cardiologica sono costituite dal miglioramento dell'abitudine e della tolleranza all'esercizio e dall'ottimizzazione dei fattori di rischio coronarico, incluso il miglioramento del profilo lipidico, del peso corporeo, dei livelli di glicemia e dei valori di pressione arteriosa auspicando, per i fumatori, la sospensione del fumo.

Per convivere con una patologia cardiaca si deve prestare attenzione alle risposte emotive, con l'impegno al miglioramento dello stress e dell'ansia e all'attenuazione della depressione (per esempio gestire bene i problemi psicosociali che comunemente affliggono i pazienti cardiopatici). Un obiettivo essenziale, particolarmente per i pazienti anziani, è rappresentato dall'indipendenza funzionale. Il ritorno a

un'occupazione appropriata e soddisfacente è vantaggioso sia per i singoli pazienti che per l'intera società. L'indicazione a intraprendere l'iter riabilitativo dovrebbe avvenire subito o comunque entro le prime 1-3 settimane dalla dimissione dall'ospedale a seguito di un evento coronarico o scompenso acuto; nel contesto ambulatoriale, l'indicazione può essere fornita entro il primo anno successivo all'evento cardiovascolare. L'indicazione è anche appropriata in un contesto ambulatoriale per pazienti affetti da angina cronica stabile o da scompenso cardiaco congestizio stabile. La riabilitazione si occupa della correzione dei fattori di rischio cardiovascolare quali diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, sedentarietà, obesità, fumo.

Il rischio di complicanze cardiovascolari relative all'esercizio deve essere determinato prima di intraprendere un programma di allenamento, utilizzando una valutazione standardizzata per identificare i pazienti che potrebbero presentare sintomi instabili o altri fattori che possano caratterizzarli come a rischio elevato per eventi cardiovascolari avversi. È spesso necessario un test da sforzo limitato dai sintomi prima della prescrizione di un programma basato sull'esercizio, in cui la prestazione al test da sforzo guida il livello di supervisione richiesto per l'allenamento, con spesa energetica correlata all'intensità e alla durata dell'esercizio. Le linee guida standard per l'allenamento comprendono il riscaldamento, il riposo e la presenza di esercizi di stretching in ogni seduta d'esercizio, con un aggiornamento progressivo della prescrizione dell'esercizio alla luce dei cambiamenti delle condizioni cliniche.

I principali benefici sostanziali della riabilitazione cardiologica comprendono un miglioramento della tolleranza all'esercizio, dei sintomi e dei livelli ematici dei lipidi, un miglioramento del benessere psico-sociale, una diminuzione dello stress e una riduzione di mortalità, di recidive di Ima e di ricorso a procedure di rivascularizzazione miocardica.

Un programma di allenamento fisico prescritto e integrato in maniera appropriata rappresenta un elemento essenziale per queste patologie e fornisce un particolare vantaggio per i pazienti con una riduzione della tolleranza allo sforzo. Per i pazienti post-Ima l'allenamento fisico ha benefici effetti emodinamici, che consistono in una riduzione della frequenza cardiaca e della risposta pressoria per ogni dato livello di attività fisica, con un miglioramento in media del 20% della capacità aerobica. Oltre alla riduzione dei tassi di recidive di Ima e di mortalità, i benefici della riabilitazione comprendono il miglioramento della capacità funzionale, che sottintende un

incremento della potenziale attività prima dell'insorgenza dell'ischemia e una riduzione dei sintomi; tutto ciò consente il ritorno al lavoro e lo svolgimento delle attività ricreative. Inoltre incrementi moderati della capacità funzionale possono aiutare i pazienti anziani a mantenere stili di vita indipendenti.

Fin qui abbiamo riportato quello che si evince dai convegni sulla riabilitazione cardiologica che si tengono ogni anno a Roma, coordinati da Alfonso Galati e dalla sua equipe della clinica Villa Betania di Roma.

Parole interessanti con spunti tecnici e definizioni poco recepitibili dall'"utente" comune. Abbiamo cercato di vedere praticamente cosa succede in una palestra per soggetti cardiopatici. Siamo entrati nella struttura riabilitativa della clinica "Quisisana" in via Giacomo Porro a Roma, rivolgendoci alcune domande al cardiologo Cesare Albanese.

Dottor Albanese, è proprio necessario sottoporre il fisico ad un lavoro maggiore di quello a cui comunemente viene chiamato?

"Qui non si tratta di lavoro ma di rieducazione cardiopolmonare e muscolare ad un esercizio normale. Durante e dopo l'operazione l'inattività del paziente per un certo periodo è forzata. Noi in palestra liberiamo dal proprio guscio l'energia ridando vigore al cardiopatico, reinserendolo in una vita più che accettabile, più possibile normale".

Dopo questi trattamenti ginnici e terapeutici il paziente è in grado di fare sport?

"Certamente sì, purché non siano violenti e, in considerazione dell'intervento subito, siano adatti alla propria patologia. Come vede qui abbiamo degli attrezzi ergonometrici che mettono prevalentemente in funzione gli arti inferiori. Dal piede viene la maggiore sollecitazione benefica per il nostro muscolo cardiaco, per questo si consiglia sempre di camminare il più possibile e a buon passo".

Ogni paziente si sottopone volentieri alla riabilitazione cardiologica o ci sono reticenze?

"All'inizio tutto sembra un gioco. La palestra, la bicicletta, il tappeto mobile per deambulare ed altre cose che mettono in esercizio tutto il fisico. Poi però, all'esigenza di controlli costanti e assidui durante l'esecuzione degli esercizi, a cominciare dalla pressione arteriosa sempre rilevabile con la fascia sul braccio e la verifica della capacità di assorbimento dello sforzo, non sempre il paziente si sottopone di buon grado".

Il cuore in questi casi è un muscolo qualsiasi?

"No. Il cuore è il muscolo più necessario ed importante, per questo ogni cautela nel sollecitarlo non è mai troppa. Questa esigenza crea delle perplessità nel paziente che si sente prigioniero ancora della malattia, ma per coloro che vogliono seguire con convinzione il programma riabilitativo diventa una piacevole e insostituibile necessità".

Se lei fosse un cardiopatico si sottoporrebbe a questa disciplina?

"Anche i medici si ammalano e soffrono di patologie cardiovascolari. Qui in palestra di colleghi ne sono transitati tanti e tutti hanno ritenuto, e ritengono, che a seguito di un intervento o un evento coronarico la riabilitazione cardiologica sia l'unica strada da perseguire".

È difficile avere accesso a questa struttura?

"Questa è privata come lo è quella di Villa Stuart, sempre qui a Roma, e nella quale mi alfero. Principalmente i centri di riabilitazione cardiologica come questi sono consigliati dagli ospedali ove i pazienti sono stati in degenza, oppure da un cardiologo dopo gli interventi subiti. Il personale è altamente specializzato, padrone della materia e disponibile ad ogni esigenza terapeutica di cui il malato ha bisogno".

Guerrino Mattei