

Riflessioni sulla Cardiologia Riabilitativa: il paradigma della complessità

Considerations on Cardiac Rehabilitation: the paradigm of complexity

Francesco Fattirolli

Monaldi Arch Chest Dis 2014; 82: 119-121.

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze.

Corresponding author: Prof. Francesco Fattirolli; Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze, S.O.D. Riabilitazione Cardiologica; Via delle Oblate 4, 50141 Firenze, Italy; E-mail address: francesco.fattirolli@unifi.it

Il documento preliminare alla definizione degli interventi Minimal Care

Il documento che compare in questo numero della rivista rappresenta il risultato di uno sforzo estremamente significativo che gli Autori hanno realizzato per entrare nel merito di come effettuare gli interventi che costituiscono l'anima della riabilitazione in cardiologia. Si tratta della prima volta in cui le differenti figure professionali si confrontano per realizzare un processo di aggiornamento ed ottimizzazione delle diverse linee operative vigenti nelle strutture di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva.

Proprio partendo dalla interazione tra i componenti del team composto da cardiologo, infermiere, fisioterapista, dietista, psicologo – che in pochissimi altri settori ha l'opportunità di realizzare un progetto di cura veramente integrato come nella Cardiologia Riabilitativa – sono nati questi schemi di trattamento. Si tratta di modelli non convenzionali, che si avvalgono di una ampia partecipazione di tutte le risorse intellettuali della Cardiologia Riabilitativa nazionale che hanno delimitato l'ampia e complessa cornice entro la quale verranno successivamente “distillati” i *Minimal Care* definitivi, tali da ambire a rappresentare un punto di riferimento per tutta la comunità scientifica nazionale e, auspicio, anche europea; è su di essi che una sanità moderna deve poter contare, laddove si coniugano rigorosità tecnico-scientifica, modulabilità ed appropriatezza assistenziale.

Considerazioni sulla Cardiologia Riabilitativa di oggi e del futuro

Nel composito panorama delle strutture nazionali di Cardiologia Riabilitativa, al di là di quanto emerge dai censimenti, atti a fotografare solo alcuni aspetti della realtà, sappiamo che esistono differen-

ze tra strutture, professionisti, programmi, di ampiezza molto rilevante, in alcuni casi superiore alla fisiologica variabilità legata alle situazioni locali o allo specifico assetto organizzativo.

Citando l'inizio del lavoro di Wade [1] non si può non riconoscere che “Riabilitazione è un intervento sanitario complesso svolto in un ambiente complesso”, ma proprio per questo è necessario analizzare alcuni degli elementi che in quello specifico contesto determinano le complessità più rilevanti, ed accettare la sfida per l'innovazione.

Analizziamo brevemente alcune delle motivazioni di ordine culturale, organizzativo, scientifico che stanno alla base di un diverso modo di intendere e di praticare la Cardiologia Riabilitativa senza, beninteso, che questo in nessun modo rappresenti un giudizio di merito sulla diversa efficacia o qualità intrinseca del prodotto assistenziale offerto: la finalità è quella di offrire ai lettori alcuni spunti di riflessione e di stimolare, mi auguro, un confronto sereno e propositivo su alcuni dei temi che vengono affrontati.

1 - Aspetti “culturali”

L'origine e la storia personale degli operatori può essere una delle cause di eccessiva disomogeneità. Ad esempio cardiologi che si sono formati ed hanno consolidato la propria esperienza nelle strategie e nei metodi della Cardiologia Riabilitativa, rispetto a coloro che sono giunti alla riabilitazione dall'acuto, con interesse inevitabilmente più limitato sugli aspetti peculiari dei trattamenti del post-acuto proiettati verso il cronico. Oppure fisioterapisti dedicati in via esclusiva al settore cardiorespiratorio rispetto a quanti, con formazione cardiologica limitata, sono costretti a soddisfare esigenze assistenziali nell'ambito di servizi che assegnano loro spazi rigidi di trattamento in settori molto differenziati (ad esempio cardiologia, ortopedia, neurologia).

Inoltre l'esperienza professionale acquisita in un determinato contesto tende inevitabilmente a far identificare come modello di riferimento quello in cui si lavora: "il mondo è fatto così perché io conosco questa realtà"; questo assunto porta come conseguenza che a "quei" percorsi assistenziali viene attribuita una universalità che di fatto non possiedono. Pensiamo a titolo di esempio alla diversa identificazione di quando e per chi è indispensabile la riabilitazione in regime di degenza: le differenti posizioni possono essere determinate correttamente dalla tipologia della casistica, ma anche da vincoli prodotti dai sistemi amministrativi locali, oppure da esigenze di equilibrio finanziario o di opportunità gestionale delle strutture, piuttosto che sostenute da evidenze consolidate su base scientifica.

La formazione individuale e l'esperienza professionale influenzano anche l'incostante utilizzo di strumenti validati, o inducono errori metodologici: ad esempio quando si definiscono gli obiettivi di un determinato trattamento terapeutico, per il quale vengono confusi obiettivi generici, molto rilevanti ma non declinabili per "quel" soggetto – es: miglioramento della prognosi – con quelli specifici e come tali misurabili – es: raggiungimento di target terapeutici.

Proprio perché l'approssimazione porta a considerare le cose in modo superficiale, ad aggiustare le opinioni a seconda delle circostanze o delle mutevoli convenienze, è indispensabile considerare il rigore come un principio etico. Qualcuno potrebbe considerare quella attitudine – evidentemente alternativa al rigore – in qualche modo vicina alla flessibilità. La flessibilità, che spesso rappresenta una risposta importante e matura alle sfide che la vita ci propone ogni giorno, deve invece essere esercitata essa stessa con rigore, perché rappresenta una sorta di intervallo di confidenza, che ha appunto limiti definiti e non estensibili a seconda delle circostanze.

2 - Aspetti "organizzativi"

Le diversità di legislazione delle Regioni ha determinato una articolazione nelle normative che rende difficile identificare facilmente il modello organizzativo della Cardiologia Riabilitativa. Si aggiungono gli aspetti potenzialmente molto critici del piano di riordino ospedaliero e le possibili penalizzazioni delle attività di riabilitazione anche nell'ambito della stessa cardiologia. Non sono state di aiuto le Linee di indirizzo ministeriali sulla attribuzione di responsabilità della riabilitazione specialistica, che hanno consentito letture differenziate locali, ad esempio con affidamento in alcuni casi della direzione al fisiatra invece che al cardiologo.

Su questi aspetti la comunità scientifica, mi riferisco in particolare alle Società "generaliste", ha avuto oggettivamente uno spazio di azione molto limitato, talora nullo. Cosa può essere fatto? I documenti prodotti sono numerosi e ben strutturati, tuttavia il loro impatto è marginale: anche nello stesso mondo cardiologico, al di là delle dichiarazioni formali, la riabilitazione è tuttora interpretata come una variabile, o una opzione, di appendice ad un percorso di cura che valorizza altri e ben conosciuti aspetti. Occorre almeno nei riguardi della Cardiologia dell'acuto definire ulteriormente le caratteristiche e

le molte possibilità di risposta della Cardiologia Riabilitativa, la capacità di modellarsi ai differenti bisogni assistenziali, in modo flessibile e privo di schematicità: occorre anche meglio ridefinire le diversità anche degli obiettivi e dei relativi percorsi per il paziente post-operato rispetto a dopo sindrome coronarica acuta, perché di fatto si tratta di situazioni differenti per le quali il valore intrinseco dell'offerta è dato da come si riescono ad applicare in modo adeguato, puntuale ed appropriato le differenti strategie di cura significative per "quel" paziente con "quella" patologia.

3 - Aspetti "scientifici"

Se fare riabilitazione rappresenta, come detto sopra, mettere in atto un intervento sanitario complesso svolto in un ambiente complesso, a maggior ragione non è pensabile applicare protocolli e logiche tradizionali ad un mondo reale che cambia rapidamente. Occorre certamente fare riferimento ai documenti scientifici ed alle Linee Guida, ed a questi puntare per ottenere la migliore omogeneità ed appropriatezza operativa: tuttavia è necessario anche rimodulare continuamente la propria architettura assistenziale alla realtà epidemiologica ed affinare quella "tecnologia" delle conoscenze che è patrimonio specifico della Cardiologia Riabilitativa. E quindi aggiornarsi sulle Linee Guida ha realmente significato anche se talvolta indica/produce meno obbedienza e più intelligenza/fantasia per tutto ciò che le Linee Guida non dicono: l'obbedienza a ciò che è dovuto per Linee Guida può essere possibile solo guardando alla strada da fare e alle domande aperte. Ne è un esempio la nostra scarsa conoscenza delle caratteristiche e degli strumenti di valutazione appropriati per gli anziani con i quali ci troviamo ogni giorno nei reparti e negli ambulatori: cosa bisogna fare con questi e per questi vecchi e grandi vecchi? cosa è più importante per loro? in che modo e cosa dobbiamo comunicare? siamo attenti e coerenti alle priorità nella scelta di un trattamento farmacologico o di interventi di prevenzione secondaria?

Mutuando liberamente i concetti cardine espressi nella "Precision Medicine Initiative" [2] si potrebbe affermare che l'intervento riabilitativo/preventivo dovrà differenziarsi sempre più per intercettare le diversità dei singoli, maggiormente suscettibili di modifiche efficaci sulla prognosi, sulla qualità della vita, sul risparmio di servizi e presidi sanitari e sociali, con la costruzione di modelli estremamente flessibili, sostenibili, di agevole strutturazione ma metodologicamente ineccepibili; accanto alla stratificazione del rischio è necessario arrivare alla stratificazione della prevenzione. Parafrasando quanto sostenuto nella conferenza del National Forum on Quality Improvement in Health Care, dobbiamo cogliere la genialità del "...e...", ovvero considerare tutti gli elementi e migliorarsi ed innovare: un sistema sanitario sicuro, affidabile e conveniente è quello che considera e riesce a valutare tutti i fattori che influenzano la salute di una persona [3].

4 - Aspetti "associativi"

Nel corso degli anni abbiamo assistito ad una crescita della Cardiologia Riabilitativa, spesso gra-

zie all'impegno determinato e gravoso di pochi, che ha prodotto una sempre maggiore presenza, visibilità, riconoscimento istituzionale, tali da consentire alla Società scientifica di posizionarsi come interlocutore affidabile, e per questo privilegiato, per molte iniziative in ambito di ricerca e non solo.

Parallelamente c'è un declino di partecipazione e senso di appartenenza alla vita delle Società scientifiche, non solo della cardiologia; i motivi sono molti e non è questa la sede in cui possono essere analizzati. Data questa premessa, che cosa può fare allora una valida e dinamica Società scientifica di settore per proiettarsi nel futuro, per garantire la propria identità e per rafforzare la propria fisionomia nel multiforme panorama dell'associazionismo scientifico nazionale? quale interesse può avere un giovane cardiologo, un laureato infermiere, fisioterapista, dietista, psicologo, ad aderire alla Società scientifica?

Nel portare avanti i numerosi programmi e progetti di tipo scientifico, forse è necessario soffermarsi anche a riflettere sul "core" della Cardiologia Riabilitativa, ad esempio andando a cercare i bisogni culturali, le aspettative dei singoli e delle strutture, intercettare le criticità locali. Occorre a mio parere mettere in atto le strategie per fare "manutenzione" delle capacità e delle conoscenze, sviluppare cultura e tecniche, in risposta alle nuove realtà che emergono dagli scenari economico-sociale e politico-normativo profondamente evoluti, per la prevalenza di pazienti molto anziani e comorbosi, con la stridente divaricazione tra il mondo delle Linee Guida ed il mondo del lavoro quotidiano. Magari con iniziative di aggiornamento cucite su misura per chi le frequenta e con un approccio che si basi sulla col-

laborazione dei vari attori coinvolti, tenendo in considerazione il punto di vista e le necessità di tutti coloro che vi partecipano.

La "Società scientifica" per recuperare linfa vitale deve sempre di più diventare "Comunità scientifica" (prospettiva allineata con la *mission* della Società Europea di Cardiologia) in cui possano confluire le disponibilità di coloro, anche di differente provenienza, origine, formazione, storia professionale, che vogliono dare il proprio contributo in modo operativo e disinteressato, ottenendo riconoscimento e valorizzazione dell'impegno culturale e del tempo dedicato, recuperando anche alcuni validissimi professionisti sia di area medica che non medica, che si sono allontanati avendo ritenuto di non ricevere attenzione alla loro disponibilità.

Il lavoro da fare è già molto gravoso nell'ordinario e dare un nuovo impulso richiede energie straordinarie. Però ci sono certamente tante risorse cui poter attingere e che potranno favorire una evoluzione sia organizzativa che di contenuti, allo scopo di rinsaldare una identità "di settore" per rinnovare ed innovare quelle conoscenze scientifiche, quella multidisciplinarietà, multidimensionalità ed umanità che della Cardiologia Riabilitativa sono da sempre il patrimonio.

Bibliografia

1. Wade DT, Smeets RJ, Verbunt JA. Research in rehabilitation medicine: methodological challenges. *J Clin Epidemiol* 2010 Jul;63(7):699-704.
2. Collins FS, Varmus H. A new initiative on precision medicine. *N Engl J Med* 2015 Feb 6;372(9):793-5.
3. IHI National Forum on Quality Improvement in Health Care <http://www.ihl.org/education/conferences/forum2014/>