

# Due parole di un vecchio cardiologo riabilitatore

## *Suggestions by an old Rehabilitation Cardiologist*

Pierpaolo Gori

*Monaldi Arch Chest Dis 2010; 74: 150.*

*Servizio di Cardiologia e U.O. di Cardiologia Riabilitativa; Casa di Cura Pineta del Carso; Aurisina (TS), Italy.*

La Cardiologia dell'ospedale di Trieste è stata tra le prime in Italia ad applicare le tecniche di Riabilitazione Cardiologica: Camerini e Scardi avevano partecipato ad un convegno a Bratislava indetto dall'OMS in cui erano state presentate le basi scientifiche della riabilitazione dell'infarto del miocardio (di questo si parlava allora) e vollero applicarla anche da noi. Il sottoscritto, a quel tempo neolaureato, è stato assunto con tale proposito.

Mi sono trovato perciò a vivere l'inizio italiano della Riabilitazione del Cardiopatico, allora come ho detto essenzialmente ischemico, assieme ad altri pochi centri italiani tra cui Udine e Fasano del Garda. A Trieste eravamo, e siamo rimasti a lungo, tra i pochi ad occuparci anche della prima fase di mobilitazione precoce.

Era il 1974 e poco dopo sono nati molti Centri, prevalentemente nel Nord Italia, tra cui quelli della Fondazione Maugeri, destinata a fare da leader in questo campo.

Io partecipavo alle riunioni nazionali, ragazzino in mezzo a personaggi di spicco come Luigi Tavazzi, Bruno Carù, Carlo Vecchio, ecc.

C'erano strutture con ricovero e strutture ambulatoriali.

I Centri con degenza, oltre agli infartuati, attraevano sempre di più pazienti cardiocirurgici, anche dopo pochi giorni dall'intervento, consentendo alle Cardiocirurgie di dimettere precocemente e in maniera sicura i loro pazienti e di avere un utilizzo migliore dei posti letto. Le distanze dai Centri di provenienza però erano spesso notevoli, determinando un disagio per i parenti e per i pazienti che non si sentivano supportati dalla famiglia. Il periodo di degenza e perciò di trattamento era necessariamente limitato a poche settimane.

Trieste ha scelto il modello ambulatoriale dato il territorio molto ristretto della sua provincia: da qualsiasi parte della città e del circondario era possibile accedere all'ospedale con un autobus. Il trattamento ambulatoriale era però un po' ritardato: il paziente doveva uscire di casa e venire in Riabilitazione e questo poteva risultare incomprensibile o poco gradito sia dalla popolazione che dai medici più ancorati al vecchio principio del "non fare sforzi".

C'era a quel tempo una più o meno velata contrapposizione tra i Centri in regime di degenza, che

come ho detto concentravano in due o tre settimane riabilitazione fisica, valutazione psicologica, informazione sanitaria, ecc.(riabilitazione onnicomprensiva!), e i Centri ambulatoriali che, per i costi ridotti, consentivano una durata più prolungata del trattamento, diluendo anche gli interventi.

Motivazioni geografiche sono state spesso alla base della scelta della riabilitazione e a far propendere per una o per l'altra soluzione. Ma anche motivazioni economiche (e politiche?) che consentivano o meno l'organizzazione di reparti di degenza, senza dubbio centri di potere maggiore.

Ora, alla fine della carriera, dopo una vita lavorativa trascorsa presso il Centro di Riabilitazione ambulatoriale della mia città, sono diventato responsabile di un Centro di Riabilitazione degenziale sempre in provincia di Trieste (l'unico nella nostra Regione Friuli-Venezia Giulia) sito presso una Casa di Cura convenzionata: riceviamo pazienti dalle Cardiocirurgie di Trieste e di Udine e, in minor numero, dalle Cardiologie o da reparti di Medicina.

È stato occupandomi di questo nostro reparto che mi sono reso conto finalmente di quanto l'antagonismo tra l'ambulatorio e la degenza sia stato sciocco e forse motivato dalla non conoscenza approfondita del lavoro degli altri. Le strutture degenziali e quelle ambulatoriali trattano momenti diversi della fase di convalescenza e possono e devono essere integrate: i pazienti che, per un problema di stabilità clinica, fisica o sociale, vengono ricoverati da noi, sono da noi segnalati alla dimissione ai Centri ambulatoriali di Trieste, di Udine, Monfalcone o Gorizia dove completano la riabilitazione e dove il messaggio di prevenzione secondaria può essere reiterato più a lungo incrementando le possibilità di successo.

Alla riabilitazione degenziale è affidato il trattamento dei casi più fragili o con problemi irrisolti che possono approfittare della degenza riabilitativa per una valutazione del rischio e una messa a punto della terapia: le Cardiologie di riferimento devono poi organizzare nella loro sede un Servizio ambulatoriale che serve a proseguire il trattamento a lungo.

È questo il modello di riabilitazione cardiologica che un vecchio cardiologo riabilitatore si sente di proporre.