

# Titolarità e valutazioni di appropriatezza degli interventi di Cardiologia Riabilitativa: novità in Regione Lombardia

## *Governance and appropriateness of Cardiac Rehabilitation interventions: news from Regione Lombardia*

Carmine Riccio  
*Presidente GICR-IACPR*

*Monaldi Arch Chest Dis 2009; 72: 161-163.*

---

Componenti del Tavolo Tecnico per l'identificazione dei requisiti di appropriatezza in Cardiologia Riabilitativa in Regione Lombardia:

Dr. Oreste Febo  
*Delegato Regionale GICR-IACPR - U.O. Cardiologia Riabilitativa - Montescano - (PV)*

Dr. Marco Ambrosetti  
*U.O. Cardiologia e Angiologia Riabilitativa - Clinica Le Terrazze - Cunardo (VA)*

Dr. Luca Merlino  
*Dirigente U.O. Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo - Regione Lombardia*

Dr. Claudio Malinverni  
*U.O. Cardiologia Riabilitativa - Az. Ospedale "Bolognini" - Seriate (BG)*

Dr. Roberto Tramarin  
*Consiglio Direttivo GICR-IACPR - Direttore Fondazione Europea Ricerca Biomedica - Cernusco sul Naviglio (MI)*

Dr. Giuseppe Gullace  
*Direttore Dipartimento Cardiovascolare - Az. Ospedale di Lecco*

Dr. Flavio Acquistapace  
*Direttore Dipartimento Cardiovascolare - Policlinico di Monza (MI)*

Dr. Tommaso Diaco (Coordinatore)  
*Consiglio Direttivo GICR-IACPR - U.O. Cardiologia Riabilitativa di Rivolta D'Adda - Az. Ospedale Maggiore di Crema (CR)*

---

### **Introduzione**

Tra i compiti principali di una Società Scientifica di settore rientra sicuramente l'offrire ai pubblici decisori un forte contributo consultivo, utile a orientare verso una programmazione sanitaria sostenibile ed efficiente. GICR-IACPR, con la sua rete capillare di delegati, ha sempre mostrato una grande attenzione per le politiche sanitarie regionali, favorendo la costituzione di commissioni e gruppi di lavoro locali. In un modello ideale, tali gruppi di lavoro vorrebbero essere di supporto agli Assessorati Regionali Sanità su progetti specifici nel campo della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, al fine di

garantire il migliore processo di cura al paziente cardiopatico. Un tema molto caldo e dibattuto è sicuramente quello relativo alla titolarità, ai requisiti di processo e ai criteri di appropriatezza degli interventi di Cardiologia Riabilitativa (CR), che ha visto le regioni Lombardia, Veneto e Liguria al momento molto attive anche da un punto di vista regolamentario e normativo.

Nel mese di settembre 2009 la Direzione Generale Sanità (DGSAN) della Regione Lombardia ha approvato il Documento "Appropriatezza delle attività di Cardiologia Riabilitativa nel Sistema Sanitario della Regione Lombardia" (da qui in poi, il "Documento") [1] e l'inizio della relativa fase sperimentale.

tale della durata di due mesi. Il Documento ha rappresentato il prodotto di un tavolo tecnico istituito presso la stessa DGSAN nel 2008, coordinato dal Dr. Luca Merlini, a cui hanno partecipato esperti di settore afferenti alla comunità dei cardiologi riabilitatori lombardi. Il tavolo tecnico, sotto la guida del Dr. Tommaso Diaco, ha avuto una forte connotazione di emanazione diretta dalla delegazione regionale GICR-IACPR, ricevendo mandato di elaborare criteri formali in tema di finalità, titolarità e appropriatezza degli interventi di “CR specialistica intensiva”. Tale operazione va letta in un percorso di continuità che Regione Lombardia ha avviato per la sistematica messa a punto delle questioni relative all’appropriatezza in ambito riabilitativo specialistico, partito con l’introduzione del cosiddetto “sistema esperto” fisiatrico e seguito dall’attivazione di un analogo tavolo tecnico in campo pneumologico.

Prima di esporre i principali snodi del Documento, è importante sottolineare che il modello riabilitativo in Lombardia, a seguito del riordino della rete effettuata con Delibera VII/19883 del 2004, vede attualmente un’area della riabilitazione specialistica intensiva, un’area della riabilitazione generale e geriatrica e un’area della riabilitazione di mantenimento.

### **Aggiornamento dei gruppi di accesso alla cardiologia riabilitativa**

Accanto alle indicazioni ormai consolidate per l’accesso in CR, quali gli interventi di cardiocirurgia, le sindromi coronariche acute, gli interventi di rivascularizzazione coronarica per via percutanea e lo scompenso cardiaco, il Documento riafferma il concetto di indicazione a 360% dell’intervento riabilitativo intensivo per ogni forma di patologia cardiovascolare, ovviamente da declinarsi con setting e programmi adeguati. Si è quindi formalmente introdotto tra le indicazioni alla CR anche condizioni come gli interventi valvolari per via percutanea, l’impianto di device come defibrillatori e pacemaker biventricolari (afferenti al gruppo dello scompenso cardiaco cronico), l’arteriopatia ostruttiva agli arti inferiori e l’alto rischio cardiovascolare in prevenzione primaria (calcolato con le Carte del Rischio del Progetto CUORE-ISS).

### **Messa a punto del concetto di evento indice in cardiologia riabilitativa**

Secondo le indicazioni regionali [2], la presenza di un “evento indice” appare un elemento condizionante il ricovero nell’ “Area della riabilitazione specialistica”, cui la CR afferisce. Dando ulteriore seguito a precedenti prese di posizione e documenti nati in ambito di società scientifiche e commissioni regionali, il documento sancisce ulteriormente che: 1) nei pazienti con evento indice chiaramente presente, è opportuno prevedere dei limiti temporali per garantire un’idonea continuità assistenziale (ovvero, per l’infarto del miocardio e l’angioplastica coronarica 30 giorni, per lo scompenso cardiaco 30 giorni, per i disturbi funzionali ad intervento di cardiocirurgia 45 giorni, per l’arteriopatia periferica 30 giorni); 2) in CR è possibile che l’evento indice non sia

databile con precisione perché affondante nella storia clinica remota dei pazienti (pur influenzando lo status presente, come nel caso di sequele di pregressi eventi coronarici o interventi cardiocirurgici), mantenendo comunque inalterata l’indicazione al trattamento riabilitativo.

### **Giudizio di appropriatezza all’accesso in cardiologia riabilitativa mediante analisi di rischio clinico, complessità clinico-assistenziale e disabilità**

Per quanto concerne i criteri di appropriatezza all’avvio di un programma di riabilitazione cardiologica di tipo intensivo specialistico, il Documento ha individuato nei concetti di rischio clinico, complessità clinico-assistenziale e disabilità i tre cardini del momento valutativo applicabile a ogni singolo paziente.

Per “rischio clinico” si è inteso sia il rischio di incorrere in uno dei convenzionali eventi cardiovascolari maggiori (morte cardiovascolare, sindromi coronariche acute, accidenti cerebrovascolari acuti, ischemie acute periferiche, necessità di interventi di rivascularizzazione coronarica o periferica), sia il rischio di progressione (anche silente) della condizione patologica cardiovascolare verso lo sbocco naturale rappresentato dall’insufficienza cardiaca, dallo sviluppo di comorbilità correlate e dall’aggravamento verso stadi caratterizzati da maggiore disabilità e frequenti reospedalizzazioni.

Per “complessità clinico-assistenziale” si è intesa la condizione generale del paziente che tiene conto anche delle patologie extracardiache associate e dei bisogni assistenziali/sociali/psicologici.

Per “disabilità” si è inteso un concetto più attinente alla sfera della CR di alterazione/riduzione della capacità funzionale, segnando quindi una certa presa di distanza con il concetto di disabilità di pertinenza culturale e terminologica del mondo fisiatrico.

Identificati i tre pilastri valutativi, la loro misurabilità è stata assicurata mediante 1) l’identificazione di una tabella sinottica delle condizioni ad elevato rischio clinico, e 2) la scelta della scala CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) [3] e del 6min-walking test normalizzato [4] per la quantificazione rispettivamente della complessità clinico-assistenziale e della disabilità.

Una volta stabiliti i criteri e i rispettivi cut-off, è stato costruito un modello di percorso per l’approdo ai diversi setting della CR intensiva specialistica (degenza ordinaria, day-hospital, ambulatorio). Elemento di particolare innovazione in tale modello è stata l’identificazione di condizioni cliniche primarie e secondarie e di procedure che, combinate tra loro, soddisfacessero precisi criteri per attribuire una connotazione di “elevata complessità” al singolo percorso riabilitativo. Al momento della stesura del presente articolo, è ancora in corso la fase sperimentale per la validazione di tali criteri ad opera di un network selezionato di 14 strutture di CR lombarde. I dati sono attesi per l’inizio del 2010 e dovrebbero fornire la base evidenziale per la promulgazione di nuove regole di esercizio regionali in tale ambito.

### Definizione di un progetto riabilitativo individuale condiviso

In passato Regione Lombardia ha già focalizzato gli strumenti specifici per la conduzione di un percorso riabilitativo intensivo, anche in ambito cardiologico, ovvero il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e il programma riabilitativo individuale (pri) [5].

In merito al PRI, riconosciuta l'istanza emersa dalla maggioranza delle strutture riabilitative di poter disporre di un modello condiviso su base regionale, al fine di impostare un percorso collegiale di tensione all'eccellenza e ridurre il rischio di contenziosi con gli organismi di controllo, Il Documento ha ritenuto importante fissare gli elementi fondamentali del processo in CR. Tra questi, la valutazione del profilo di rischio cardiovascolare e delle comorbilità, la valutazione del grado di disabilità (nella sua accezione tipica del contesto cardiologico), gli obiettivi di miglioramento funzionale e prognostico, il rilievo dei compiti delle diverse figure dell'equipe multidisciplinare e l'impostazione di un adeguato follow-up.

Identificati tali punti, è stata programmata per il 2010 l'estensione dei lavori del tavolo tecnico regionale, al fine di proporre alla comunità cardiologica e alla Regione un possibile PRI condiviso, mediante l'apporto sia dei clinici sia dei nuclei operativi di controllo.

### La titolarità dell'intervento di cardiologia riabilitativa

Pur in un'ottica di mantenimento dell'attuale scenario normativo in Regione Lombardia, il Documento ha segnato un'ulteriore tappa nel percorso di rielaborazione critica del concetto di titolarità dell'intervento di CR. Come noto, l'attuale riordino della rete delle attività di riabilitazione [6] richiede come condizione per definire una UO di Riabilitazione specialistica cardiologica che in essa almeno il 50% dell'attività sia riconducibile a pazienti cardiopatici (afferenti all'MDC 05) e che, in tal caso, nella équipe medica sia previsto un cardiologo. Tuttavia, appare ormai acquisito sia a livello nazionale che internazionale come la CR debba essere considerata un processo sanitario basato su conoscenze, competenze e aspetti organizzativi e scientifici che, a garanzia del risultato, possono essere ricondotti esclusivamente all'area disciplinare della Cardiologia e delle malattie cardiovascolari e quindi allo Specialista in Cardiologia. Ne deriva quindi, e viene ulteriormente affermato, che le UO di Cardiologia Riabilitativa specialistica debbano avere una loro indipendenza strutturale e che la responsabilità di dette UO debba essere affidata ad uno specialista cardiologo.

### Conclusioni

Il Documento 2009 di appropriatezza delle attività di CR nel Sistema Sanitario della Regione Lombardia ha costituito uno sforzo importante di messa a punto di molteplici concetti operativi e requisiti organizzativo-gestionali. Tale operazione ha costituito il punto di arrivo di un lungo percorso non solo del tavolo tecnico che lo ha fisicamente elaborato e portato all'attenzione della DGSAN, ma anche dell'appassionato e tenace lavoro di precedenti gruppi di lavoro, i cui prodotti hanno costituito materiale indispensabile di riflessione e confronto [7-9]. Forse per la prima volta si assiste a un recepimento formale da parte di Regione Lombardia di tali riflessioni da parte di operatori del settore, e questo costituisce un ulteriore motivo di soddisfazione per la nostra Società. L'esperienza lombarda non si vuole certo erigere a modello assoluto e acriticamente esportabile, seppure il suo essere maturata in una Regione all'avanguardia nelle strategie di programmazione sanitaria costituisca ampia garanzia di spessore. Piuttosto, costituisce un'ulteriore verifica dell'importante ruolo che GICR-IACPR può svolgere a livello locale per la salvaguardia dell'attività di riabilitazione cardiovascolare e per la promozione di innovazione e cambiamento nell'ambito delle politiche sanitarie.

### Riferimenti

1. Deliberazione Direzione Generale Sanità n° 9772 del 30/09/09.
2. Deliberazione della Regione Lombardia n° VII/19883 del 16/12/2004.
3. Miller MD, Towers A. A manual of guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G). Pittsburgh, 1991.
4. Enright PL, Sherrill DL. Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158:1384-1387.
5. Deliberazione della Regione Lombardia n° VIII/001375 del 14/12/2005.
6. Deliberazione della Regione Lombardia n° VII/19883 del 16/12/2004.
7. Commissione Cardiocerebrovascolare Regione Lombardia - Sottocommissione Cardiologia Riabilitativa. Prevenzione delle recidive nei pazienti che hanno già avuto accidenti cardiocerebrovascolari. Milano, 29 Dicembre 2006.
8. Linee Guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari, PNLG/ISS 2005 ([www.snlg.it/LG/016](http://www.snlg.it/LG/016)).
9. Pirelli S, Capomolla S a nome del GICR - Regione Lombardia. Proposta di Criteri di Riferimento per l'accesso di pazienti cardiopatici alle strutture di riabilitazione specialistica e di riabilitazione generale e geriatria. Cremona, Novembre 2005.