

TAVOLA ROTONDA

Il paziente cronico con comorbidità

Roma, Aula Pocchiari, Istituto Superiore di Sanità
14-15 aprile 2010

Moderatori:

Francesco Bovenzi, Carlo Schweiger

(G Ital Cardiol 2010; 11 (5 Suppl 3): 128S-130S)

Alessandro Balducci (Società Italiana di Nefrologia, SIN) pone l'accento sui costi molto elevati dell'insufficienza renale cronica (IRC) sia in Italia che negli Stati Uniti. In generale, negli ultimi 14 anni i costi dell'IRC sono cresciuti di 5 volte. Negli Stati Uniti, la spesa totale per l'IRC e le malattie cardiovascolari rappresenta un terzo della spesa totale secondo dati Medicare. Solo una minoranza delle persone affette da IRC muoiono per malattia renale cronica, la gran parte muore per malattie cardiovascolari. Il diabete è spesso alla base della malattia renale cronica e a sua volta aumenta il rischio di malattia cardiovascolare. Per questi motivi cardiologo, nefrologo e diabetologo devono lavorare in stretta collaborazione affinché ci sia un rafforzamento interdisciplinare e un trasferimento del sapere.

Pochi dati sono disponibili in Italia e in Europa sulla prevalenza dell'IRC. Lo studio INCIPE-Veneto ha mostrato che la prevalenza in Italia è simile nelle diverse fasce di età a quella osservata negli Stati Uniti (studio NHANES). La stima della prevalenza dell'IRC in Italia negli individui di età >40 anni è del 14%, di cui l'8% si trova allo stadio III dell'IRC.

Per avere un'idea sui costi, i consumi di risorse in base alla gravità dell'IRC sono mediamente di 450€ per il I e II stadio, 890€ per lo stadio III, 3392€ per lo stadio IV e 52 830€ per lo stadio V.

Il costo della dialisi per 50 000 pazienti è pari al 2.3% del Fondo Sanitario Nazionale; se si riuscisse a ritardare il passaggio dal III al IV/V stadio anche solo nel 10% dei pazienti, il costo si ridurrebbe enormemente (intorno a 1.4 miliardi di euro).

Sulla base di questi dati si può affermare che riconoscere precocemente l'IRC sul territorio nazionale e prendersene carico al fine di rallentare la progressione verso la fase terminale rappresentano obiettivi prioritari.

Luca de Nicola (studio CARHES, Cardiovascular Risk in Renal Patients of the Italian Health

Examination Survey) affronta il tema della crescente epidemia dell'IRC in fase dialitica. Negli ultimi 20 anni la prevalenza di IRC in fase dialitica è aumentata di 5 volte in tutto il mondo. Anche il tasso di mortalità è aumentato di 5 volte in età avanzata e di 500 in età giovanile: ciò significa che un paziente di 30 anni in dialisi ha la stessa aspettativa di vita di un ottantenne in buona salute. Purtroppo anche il tasso di mortalità è nettamente aumentato, basti pensare che un paziente di 30 anni in dialisi ha la stessa aspettativa di vita di un ottantenne in buona salute.

I pazienti affetti da IRC terminale però sono solo la punta dell'*iceberg*: si stima che per ogni paziente in dialisi ci siano circa 100 pazienti che andranno in dialisi o moriranno prima.

I pazienti con IRC presentano un elevato rischio cardiovascolare: al ridursi del valore della velocità di filtrazione glomerulare stimata (VFG) si verifica un aumento del rischio cardiovascolare. È inoltre emerso che l'albuminuria e il VFG hanno un ruolo indipendente nello sviluppo della malattia cardiovascolare: il rischio raddoppia in presenza di albuminuria e VFG normale, mentre aumenta fino a 12 volte in presenza di albuminuria e VFG ridotto.

Da uno studio recente è emerso che l'equazione di Framingham non è predittiva e quindi è necessario costruire un'equazione specifica per la predizione delle malattie cardiovascolari, che includa fra i predittori anche l'IRC. Inoltre, non esistono dati nell'area mediterranea riguardo al rischio cardiovascolare nei pazienti con IRC. Lo studio CARHES in corso nasce da una collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità (ISS), Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e SIN per stimare la prevalenza dell'IRC e delle sue complicanze, il profilo di rischio cardiovascolare nei pazienti con IRC e per valutare quale sia il peso dell'IRC come fattore di rischio cardiovascolare.

Renato Fellin (Presidente Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi, SISA) affronta il

problema del delirium negli anziani. Il delirium è una malattia dovuta ad un'alterazione cerebrale di tipo funzionale piuttosto che strutturale caratterizzata da un'insorgenza rapida (stato confusionale acuto) e da una durata breve e transitoria. Si possono distinguere tre forme della malattia: iperattiva, ipoattiva e mista (alternanza forma 1 e forma 2). Il CAM (*confusion assessment method*) può essere lo strumento più idoneo per diagnosticare il delirium. Il 10% dei pazienti anziani ospedalizzati sviluppa delirium e tale prevalenza raggiunge il 30% nei reparti di terapia intensiva, cardiocirurgia e nelle unità per ustionati.

I fattori di rischio per la comparsa del delirium sono: età avanzata, sesso maschile, demenza sottostante, disabilità, comorbidità, deficit sensoriali, polifarmacoterapia, malnutrizione. I fattori scatenanti più comuni sono: introduzione di nuovi farmaci, aggiustamenti posologici e sospensioni; alterazioni elettrolitiche; infezioni; procedure chirurgiche; patologie endocraniche; ritenzione urinaria e fecalomi; problemi cardiaci; ricoveri in terapia intensiva, cateteri.

È stato osservato un rapporto tra delirium e farmaci anticolinergici, antistaminici, betabloccanti, agenti antivirali e antibiotici e farmaci antiepilettici e antidepressivi.

I soggetti colpiti hanno un'alta vulnerabilità e presentano spesso disturbi globali della sfera cognitiva, alterato stato di coscienza, alterato ritmo sonno-veglia, agitazione o ritardo psico-motorio.

Il delirium ha implicazioni sul paziente (si interrompe la comunicazione medico-paziente), sui familiari (sviluppano aggressività) e sullo staff medico (i giovani medici non abituati a riconoscere il delirium trasmettono informazioni imprecise ai familiari e possono entrare in conflittualità con i colleghi più anziani).

La terapia del delirium si avvale dei seguenti provvedimenti: nutrire ed idratare il paziente, ridurre la deprivazione sensoriale (luce, orologio, TV, ecc.), rassicurare e orientare il paziente, regolare il ritmo sonno-veglia, somministrare antipsicotici e sedativi. Complicanze frequenti del delirium sono le conseguenze iatrogene collegate alla contenzione fisica o farmacologica, incontinenza o ritenzione urinaria, sindrome da immobilizzazione, piaghe da decubito, malnutrizione e disidratazione. Nei pazienti ospedalizzati il rischio di complicanze (incluso il decesso) è 10 volte maggiore, aumenta la durata della degenza e il rischio di dimissioni in strutture assistenziali.

Massimo Volpe (Presidente Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare, SIPREC) affronta tre aspetti diversi della problematica:

1. la gestione della polipatologia durante la fase ospedaliera,
2. la difficile integrazione tra medicina specialistica e medicina primaria nella gestione della cronicità,
3. l'inadeguata formazione rispetto a questi obiettivi fornita durante il corso di laurea con necessità di implementare percorsi di prevenzione cardiovascolare e iniziative di gestione integrata del paziente cronico.

La medicina moderna deve valutare il paziente nella sua globalità. L'80% dei pazienti ospedalizzati presentano diverse patologie e quindi c'è la necessità di un'attività integrata tra le diverse componenti professionali. Una parziale soluzione è rappresentata dalla figura del "consul-

tant" che offre non solo un riferimento nella gestione del paziente ma consente anche una divisione della responsabilità.

Il miglioramento della gestione territoriale della cronicità risulta particolarmente problematico e richiederebbe interventi organizzativi di difficile implementazione.

Nell'ambito universitario, infine, esiste la tentazione di insegnare le competenze specialistiche già nel percorso iniziale della facoltà. Si dovrebbe invece fornire ai nuovi medici una serie di informazioni su aspetti trascurati (epidemiologia delle malattie cardiovascolari, comorbidità, ecc.), insegnare come gestire le situazioni di comorbidità e far acquisire loro dimestichezza con gli strumenti di valutazione del rischio cardiovascolare.

Carmine Riccio (Presidente Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, GICR/IACPR) ricorda che la Cardiologia Riabilitativa è storicamente l'ambito della disciplina cardiologica che per primo ha posto attenzione agli aspetti di intervento multidisciplinare e multifattoriale, ponendosi come ponte tra ospedale e territorio. Inoltre ricorda il suo inizio di attività nell'ambito della Medicina Interna, dove l'approccio multidisciplinare era la regola, e sottolinea la necessità di realizzare protocolli condivisi per favorire la gestione del paziente cardiopatico cronico.

Carlo Schweiger, moderatore della Tavola Rotonda, intervenendo al termine del giro di interventi dei rappresentanti delle Società Scientifiche, sottolinea come l'andamento stesso della Tavola Rotonda dimostra la difficoltà di comunicazione tra i diversi specialisti, ognuno dei quali tende ad evidenziare la specificità del proprio intervento, piuttosto che la necessità di integrazione e le modalità migliori per raggiungerla, mentre l'obiettivo del confronto era quello di mettere al centro il paziente e le sue esigenze e sottolinea che l'obiettivo di questo confronto è quello di trovare la gestione migliore, attraverso una cooperazione tra le diverse figure professionali che purtroppo difficilmente si concretizza.

Di seguito quelle che dovrebbero essere le priorità assistenziali della Cardiologia contemporanea:

1. trasferire l'attenzione dall'acuto al cronico: non certo nel senso di sottrarre risorse alla terapia dell'acuto, ma per non disperdere nella fase post-acuta e cronica i grandi successi ottenuti dalla Cardiologia nella fase acuta;
2. passare dall'intervento sul *target* singolo a quello multifattoriale;
3. integrare e coinvolgere diverse competenze e discipline;
4. superare il *gap* tra medicina specialistica e medicina delle cure primarie. Un esempio concreto potrebbe essere quello di responsabilizzare maggiormente il medico di medicina generale (MMG) nella gestione del paziente con esiti stabilizzati di infarto non complicato, ciò naturalmente dovrebbe prevedere percorsi condivisi da specialisti e MMG e nello stesso tempo vie preferenziali di comunicazione e di accesso in caso di nuove instabilizzazioni;
5. essere un interlocutore autorevole degli organi decisionali in Sanità, non solo per gli aspetti di gestione ospedaliera, ma anche per tutti gli aspetti di prevenzione primaria e di comunità, che sono di prioritaria competenza non medica;
6. per ottenere ciò è tuttavia necessario che tutti gli specia-

listi coinvolti nella prevenzione primaria e secondaria superino le loro divisioni competitive, fornendo all'interlocutore proposte unitarie.

Discussione

Salvatore Pirelli ricorda il grande sforzo congiunto tra le diverse Società Scientifiche che ha portato alla stesura del documento della Federazione Italiana di Cardiologia "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" nel quale è stato chiaramente delineato il modello delle cure e i percorsi da adottare nelle diverse situazioni cliniche.

Gian Luigi Nicolosi ricorda che l'ospedale ha la gestione dell'acuto, mentre il territorio dovrebbe essere responsabile della gestione del paziente cronico. Per perseguire questo obiettivo un ruolo fondamentale è giocato dal MMG, inoltre manca la cooperazione organica tra cardiologo e MMG. Per perseguire questi obiettivi sarebbero necessari interventi istituzionali, ma per convincere le autorità politiche è necessario superare le barriere e le situazioni di autoreferenzialità.

Raffaele Griffo suggerisce che per lavorare in rete è fondamentale l'implementazione della *information technology*: solo così si può disegnare insieme il percorso del paziente cronico dopo la dimissione ospedaliera secondo protocolli condivisi. L'implementazione della *information technology* potrebbe essere gestita in maniera intra-societaria.

Diego Vanuzzo illustra l'esperienza del Friuli Venezia Giulia dove c'è la disponibilità di un database comune elettronico, questo facilita la valutazione del percorso del paziente cronico. Sottolinea l'importanza della formazione verso

la prevenzione, indispensabile per la conoscenza dei percorsi del paziente cronico.

Simona Giampaoli propone l'esempio del piano di formazione dei MMG nell'ambito del piano di formazione sull'uso e l'applicazione della carta del rischio cardiovascolare. Questo piano, offerto alle regioni, è un esempio di collaborazione di successo con i MMG, che non sono coinvolti solo nella formazione a distanza o nella formazione residenziale, ma anche nella raccolta dati e nella discussione effettuata a livello regionale dei report sui dati raccolti. Questo piano di formazione prevede l'erogazione di crediti formativi e costituisce una buona fonte di informazione per la sorveglianza del rischio cardiovascolare.

Carlo Schweiger, prendendo spunto dal dibattito e per cercare di fare qualche passo avanti verso una maggiore integrazione delle diverse Società Scientifiche specialistiche coinvolte nella prevenzione, propone che, sull'esperienza americana del National Institute of Health si potrebbe riconoscere all'ISS il ruolo di coordinamento delle varie Società Scientifiche nel perseguire tali obiettivi.

Francesco Bovenzi, co-moderatore della Tavola Rotonda, conclude ricordando l'importanza del dialogo e della condivisione tra le Società Scientifiche sui percorsi, in particolare, tra ospedale e territorio. Purtroppo, persiste un critico difetto di comunicazione, di conoscenza delle iniziative e dei programmi, che rende difficile la realizzazione di nuovi modelli organizzativi, in un contesto sanitario in evoluzione, in cui non è facile che i professionisti riescano ad imporre interventi comuni di provata efficacia. Occorre probabilmente che la discussione coinvolga anche gli amministratori e i politici che, insieme con i professionisti, collaborino a implementare strategie ed elaborare sistemi di integrazione, che perseguano obiettivi di costo-efficacia.