- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.140.186.201 Sun, 28 Apr 2024, 18:39:19

Editoriale

Scompenso cardiaco nell'anziano: approccio multidisciplinare per una malattia complessa

Donatella Del Sindaco, Giovanni Pulignano*

*Unità per lo Scompenso Cardiaco, Dipartimento Cardiogeriatrico, IRCCS INRCA, *Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*

(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 7S-8S)

Per la corrispondenza:

Dr. Giovanni Pulignano

I U.O. di Cardiologia-UTIC
Dipartimento Cardiovascolare
A.O. San Camillo-Forlanini
Circonvallazione Gianicolense, 87
00151 Roma
E-mail: gipulig@tin.it

Lo scompenso cardiaco dell'anziano, definito recentemente da Michael Rich[1] la "sindrome cardiogeriatrica" del XXI secolo, è un problema di sanità pubblica la cui importanza è destinata ad aumentare nei prossimi anni a causa del processo di invecchiamento che interessa l'intero pianeta con crescita esponenziale degli ultraottantenni. Pertanto, il fine di questa monografia, affidata a esperti della materia, è stato quello di sintetizzare, con un approccio multidisciplinare, le attuali conoscenze su epidemiologia, fisiopatologia, caratteristiche cliniche e terapeutiche, oltre a considerazioni sulla qualità delle cure, comorbilità e gestione della fase terminale della vita del paziente anziano con scompenso cardiaco.

Se si considera che l'Italia è attualmente il paese più longevo del mondo, si può comprendere come sia in atto una vera e propria "epidemia" a cui sarà tassativo rispondere con misure adeguate sia sul piano terapeutico che organizzativo[2]. La prognosi degli anziani con scompenso è peggiore di quella dei pazienti di mezza età, con una più elevata mortalità ospedaliera e a distanza. Anche l'incidenza dei ricoveri per scompenso degli anziani è in parallelo aumento, fino a superare il 70% dei ricoveri totali per tale patologia. Le riospedalizzazioni sono frequenti e causate in metà dei casi da fattori modificabili. Ne derivano qualità e aspettativa di vita scadenti, con aumento del grado di disabilità.

La caratteristica peculiare dello scompensato anziano è rappresentata dall'eterogeneità del quadro clinico, in cui convergono gli effetti del processo di invecchiamento cardiovascolare "fisiologico", delle cardiopatie, delle comorbilità e, non ultimo, dello stile di vita[3]. Il quadro clinico tende a differenziarsi anche in base al setting clinico. Gli anziani ricoverati presso strutture cardiologiche tendono ad essere più gravemente scompensati, più frequentemente ricoverati in unità di terapia intensiva coronarica e condizioni di urgenza ma sono meno compromessi da un punto di vista generale rispetto ai pazienti ricoverati in medicina o geriatria.

In questi pazienti sono necessari progressi per migliorare la valutazione funzionale, la gestione a lungo termine e la trasposizione delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica, nonché il ricorso a metodologie specifiche per i soggetti anziani[4]. L'anziano è un'entità biologica diversa dal giovane e dall'adulto; il suo stato di salute dipende, in eguale misura, da problemi di ordine fisico, psicologico, socio-economico ed ambientale e necessita, quindi, di un intervento preventivo, curativo e riabilitativo mirato. Chi si occupa di assistenza ad una persona di età avanzata dovrebbe conoscerne le caratteristiche biologiche e fisiopatologiche, utilizzare la metodologia specifica della geriatria che si chiama "valutazione multidimensionale". Tale approccio è costituito da una valutazione globale, finalizzata all'impostazione di un piano personalizzato di cura a lungo termine. In letteratura sono numerosi gli studi che suggeriscono che questi fattori possano concorrere a influenzare l'aderenza e la risposta alle terapie e determinare il decorso e la prognosi dello scompenso cardiaco.

Sul piano terapeutico[5], negli anziani si riscontra un evidente gap tra conoscenze disponibili e implementazione delle stesse

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.140.186.201 Sun, 28 Apr 2024, 18:39:19

nella pratica clinica. Il sottoutilizzo di farmaci efficaci, rilevato in numerosi studi, sembra dipendere, oltre che dalla maggiore fragilità e complessità dell'anziano, anche dalla ridotta disponibilità di studi specifici, causata dalla frequente esclusione dei vecchi dai trial clinici. Un tipico esempio delle difficoltà diagnostiche e delle altrettanto impegnative scelte terapeutiche è dato dal problema dell'anziano scompensato con sincope. Questa evenienza si associa ad un profilo clinico di elevato rischio di morte e richiede un'approfondita valutazione[6]. Nell'anziano, infatti, in assenza di specifiche raccomandazioni basate su solide evidenze, il trattamento nei casi di sospetta sincope tachiaritmica andrà valutato caso per caso, considerando il profilo di rischio generale, l'attesa di vita, le comorbilità. L'attenta valutazione del singolo caso consentirà di evitare l'altro rischio che si corre nella gestione di questo problema: il non offrire un trattamento efficace ragionando eccessivamente in termini anagrafici ed economici[6]. Il problema si fa più evidente laddove l'anziano con disfunzione ventricolare sia candidato ad una procedura chirurgica[7]. In tal caso, a fronte di evidenti vantaggi in termini di miglioramento clinico e funzionale, si osservano spesso risultati incerti in termini di sopravvivenza. La valutazione del rischio perioperatorio rappresenta lo snodo centrale di un processo decisionale che deve coinvolgere il paziente, il cardiochirurgo e il cardiologo e che deve considerare, oltre all'indicazione di per sé, le comorbilità, lo stato funzionale e cognitivo, l'aspettativa e la qualità di vita.

Un ruolo altrettanto importante è rivestito dalla riabilitazione e dal training fisico, che nell'anziano, nonostante le molteplici limitazioni fisiche e funzionali legate ai processi di invecchiamento, assume un'importanza crescente e un carattere globale[8].

Nel complesso, il problema della qualità delle cure all'anziano sembra quindi non essere limitato solo alla carenza di evidenze scientifiche, ma anche e soprattutto a una ridotta implementazione di quelle disponibili e all'assenza di continuità assistenziale[9]. Anche per motivi di carattere organizzativo, quindi, le terapie "evidence-based", gli esami strumentali ed i trattamenti interventistici a più elevato contenuto tecnologico ed i programmi di riabilitazione sono generalmente meno utilizzati e la scelta terapeutica sembra essere guidata più dalla facilità di accesso che da evidenze, linee guida e protocolli di trattamento. Per favorire il miglioramento della qualità delle cure, quindi, i cardiologi dovrebbero lavorare a più stretto contatto con internisti, geriatri, medici di medicina generale e infermieri che si occupano di scompenso cardiaco ma, anche, sforzarsi di organizzare il sistema di cure in una rete integrata basata su modelli di gestione multidisciplinare. La necessità di efficaci modelli gestionali si fa più stringente quando la malattia raggiunge le sue fasi terminali e il miglioramento della qualità di vita residua attraverso un programma di cure palliative assume un ruolo predominante sui tentativi, spesso effimeri, di prolungarla e si pone il problema di chi, in quali strutture e con quali modalità operative debba "accompagnare" il paziente[10]. Non è un caso che sia stata recentemente sollevata la discussione sulla necessità di stimolare l'interesse delle Associazioni Cardiologiche nei riguardi delle problematiche dell'età avanzata e delle cardiopatie croniche[11,12]. Al fine di stimolare l'interesse per questo argomento e l'avvio di un dibattito costruttivo, il Direttivo uscente e quello in carica dell'Area Scompenso dell'ANMCO hanno proposto la stesura di questa monografia. Speriamo che questo lavoro rappresenti un riferimento e una fonte di discussione per tutti gli operatori sanitari che partecipano alla cura delle persone anziane con scompenso cardiaco.

Bibliografia

1. Rich MW. Heart failure in the 21st century: a cardiogeriatric syndrome. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M88-M96.
2. Rengo F, Leosco D, Iacovoni A, et al. Epidemiologia clinica e fattori di rischio per scompenso cardiaco nell'anziano. Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 9S-16S.
3. Tarantini L, Alunni G, Mariotti R. Manifestazioni cliniche e valutazione diagnostica dello scompenso cardiaco nell'anziano. Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 17S-25S.
4. Del Sindaco D, Zuccalà G, Pulignano G, Cocchi A. La valutazione multidimensionale dell'anziano con scompenso cardiaco. Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 26S-36S.
5. Sabbadini G, Di Lenarda A, Metra M, et al. Terapia farmacologica dello scompenso cardiaco cronico nell'anziano. Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 37S-51S.
6. Ansalone G, Russo M. Valutazione e trattamento della sincope nell'anziano con scompenso cardiaco. Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 52S-59S.
7. Casali G, Musumeci F. Terapia chirurgica nell'anziano: selezione dei pazienti e risultati delle procedure. Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 60S-68S.
8. Gigli G, Vallebona A. Training fisico e scompenso cardiaco nell'anziano. Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 69S-73S.
9. Pulignano G, Scherillo M, Del Sindaco D, Giulivi A, Giovannini E. Qualità delle cure e modelli di assistenza per i pazienti anziani con scompenso cardiaco. Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 74S-86S.
10. Opasich C, Majani G. L'assistenza al paziente anziano con scompenso cardiaco terminale: quanto c'è di "cardiologico"? e quanto di "psicologico"? Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 10): 87S-92S.
11. Mangia R, Senni M, Cacciatore G, et al. È tempo di organizzare una "nuova" lotta allo scompenso cardiaco? Ital Heart J Suppl 2003; 4: 232-6.
12. Federazione Italiana di Cardiologia. Struttura e organizzazione funzionale della cardiologia. Ital Heart J Suppl 2003; 4: 881-81, 917-21.