

Prof. Alessandro Boccanelli
Presidente SICGE (Società Italiana di Cardiologia Geriatrica)

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel mondo. Ogni anno si contano, in generale, 18 milioni di decessi, di cui più di 9 milioni dovuti all'infarto e alla malattia coronarica, e più di 230 mila casi in Italia.

Il **Disegno di Legge 'Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari'** ha proprio il merito di portare la discussione su un ambito centrale per la salute dei cittadini – le malattie cardiovascolari – che al momento è penalizzato da una carenza di misure strutturate. A fronte dei rilevanti progressi nella pratica clinica, come ricordato le malattie cardiovascolari rappresentano ancora oggi la prima causa di morte: eppure soffrono di un'insufficiente sensibilità e attenzione. In modo particolare viene **sottovalutato l'aspetto di cronicità** della patologia, con il suo **pesante carico di invalidità che ha ricadute sul singolo e sul sistema assistenziale**.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è una realtà in tutti i Paesi europei e ancor più in Italia, Paese secondo solo al Giappone quanto ad aspettativa di vita. Il **cambiamento demografico** della società ha determinato un'evoluzione epidemiologica e in termini di salute pubblica, creando **nuove esigenze assistenziali** che devono trovare risposte specifiche, a cominciare da **adeguate politiche di prevenzione in ambito cardiovascolare**. Insieme e a causa dell'invecchiamento della popolazione, sono venute a maturazione in misura epidemiologicamente rilevante, le cosiddette "cardiopatie strutturali", in particolare le malattie degenerative delle valvole cardiache, per le quali si sta sviluppando una nuova consapevolezza. Una vita più lunga ha come contraltare la possibilità di sviluppare **cardiopatie legate all'invecchiamento fisiologico** del sistema cardiovascolare: cambia così radicalmente la fisionomia della cardiologia, spostando il peso dalle cause 'vascolari' di cardiopatia – anche grazie alla capacità di intervenire efficacemente su eventi un tempo causa di elevata mortalità, come infarto e ictus – a cause più propriamente "tissutali" o degenerative, che portano quindi queste patologie ad assumere un carattere di cronicità.

La sfida che oggi si presenta alla medicina cardiologica è quindi di **gestire la cronicità, arricchendola di qualità di vita**; un cambio di passo in questa direzione è richiesto, così come accaduto in passato, sin dalle strategie di prevenzione. A tal fine risulterà importante **ampliare il progetto di Legge 869 agli over 65**: screening strutturati su questa fascia di popolazione consentiranno infatti di individuare condizioni che negli anni successivi potrebbero maturare in patologie conclamate, dall'impatto assistenziale ben più complesso e impegnativo. Il trend in aumento della fascia di popolazione anziana fa prevedere un drastico incremento delle cardiopatie legate all'età.

⇒ *Invecchiamento della popolazione e malattie cardiache strutturali: una relazione che chiama all'azione*

L'Italia è tra i Paesi più longevi a livello mondiale: la speranza di vita si attesta a 83 anni – in una classifica che vede in testa il Giappone dove l'aspettativa è di 84 anni.¹

¹ Dati OCSE 2019, 'Health at a Glance 2019: OECD Indicators', www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm

L'Italia si caratterizza per avere una quota di over 65 tra le più alte al mondo: nel 2018 erano 13,6 milioni (22,8% del totale), in aumento dell'11% dal 2012. **Un dato che si prevede crescerà ininterrottamente fino al 2047, quando saranno quasi 20 milioni (34%).** Nel 2018 l'indice di vecchiaia² ha raggiunto il suo massimo storico di 173,1: ogni 100 giovani ci sono dunque 173 anziani; erano 130 nel 2000 e 58 nel 1980.

La sostenibilità del sistema è posta a rischio non solo per i costi diretti e indiretti dell'invecchiamento, ma per le dinamiche stesse sottese alla nuova società che viene a delinearsi in virtù del cambiamento demografico: in un sistema che richiede di rimanere nel circuito produttivo sempre più a lungo, oggi in Italia ogni 3 persone in età lavorativa 1 è over 65. L'indice di dipendenza degli anziani³ nel nostro paese ha raggiunto infatti il 35,7%: si tratta del valore più elevato in Europa (31%) e il secondo al mondo dopo il Giappone (46%).⁴

Il rischio di sviluppare una malattia delle valvole cardiache (SHD) cresce proporzionalmente con l'età: la prevalenza delle SHD si attesta al 6% nella popolazione tra 65-74 anni, aumenta al 16% tra 75-84 per arrivare al 30% tra coloro che hanno più di 85 anni.⁵

In Italia il 12,5% della popolazione che ha superato i 65 anni soffre di malattie valvolari, ben oltre un milione di persone (e un terzo di questi non è trattato)⁶. Un numero destinato ad aumentare: **nel 2040 si stima che tra gli over 65 soffriranno di malattie cardiache strutturali (SHD) 2,5 milioni di persone.**

Le SHD **gravano notevolmente sui pazienti e sulla società,** provocando, nelle forme più gravi della malattia, un aumento delle disabilità e una ridotta aspettativa di vita.⁷ Inoltre, le SHD, comportando maggiori ospedalizzazioni, rappresentano **un onere significativo per i sistemi sanitari.**⁸

Le SHD sono difetti cardiaci – quali la stenosi aortica, il rigurgito mitralico e tricuspидale – dovuti al deterioramento delle valvole del cuore che, di conseguenza, non riesce più a pompare il sangue

² L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni e il numero dei giovani fino ai 14 anni.

³ L'indice di dipendenza degli anziani è il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

⁴ Centro Studi Confindustria, Nota n. 2/20 del 5 Febbraio 2020, <https://www.confindustria.it/home/centro-studi/temi-di-ricerca/scenari-geo-economici/tutti/dettaglio/silver-economy-l-economia-della-terza-eta-consumi-ricchezza-e-nuove-opportunita-per-le-imprese>

⁵ Valori calcolati sulla base della proiezione dei dati demografici riportati da ISTAT e dell'impatto delle Malattie Cardiache Strutturali indicato da OxVALVE Population Cohort Study.

ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica (2017), <http://demo.istat.it/pop2017/index.html>;
http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PREVDEM1 [rilevato il: 19/Luglio/2018]

J. d'Arcy et al. (2016) Large-scale community echocardiographic screening reveals a major burden of undiagnosed valvular heart disease in older people: the OxVALVE Population Cohort Study, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27354049#> [rilevato il:19/Luglio/2018]

⁶ Corriere della Sera (2015) Un milione di over 75 con malattia valvole cuore: un terzo non trattato https://www.corriere.it/salute/cardiologia/14_dicembre_15/milione-over-75-malattia-valvole-cuore-terzo-non-trattato-39197412-843a-11e4-b9cc-80d61e8956c5.shtml [rilevato il: 18/Luglio/2018]

⁷ Otto, C.M. Timing of aortic valve surgery. Heart84, 211-218 (2000).

⁸ Moore M, Chen J, Mallow P, Rizzo J. The direct health-care burden of valvular heart disease: evidence from US national survey data. ClinicoEconomics and Outcomes Research. 2016; Volume 8:613-627; Clark et al. 2012, Five-year Clinical and Economic Outcomes among patients with Medically Managed SAS.

creando danni che possono arrivare a richiedere la riparazione e/o la sostituzione delle valvole cardiache. Le SHD sono tra le patologie più diffuse nella popolazione più anziana, causando un declino funzionale che può comportare anche perdita dell'autosufficienza ed esclusione sociale; spesso possono portare anche a morte, se non diagnosticate o trattate in tempo. La drastica crescita della fascia più anziana, in Italia così come in Europa, comporterà quindi il conseguente aumento dell'incidenza delle SHD.

⇒ *Prevenzione delle malattie cardiovascolari come chiave di sostenibilità: le criticità portate in luce con la crisi pandemica*

I cambiamenti demografici sopra ricordati costituiscono a tutti gli effetti un elemento di vulnerabilità del sistema sanitario: durante la gestione della crisi pandemica, hanno messo a dura prova la tenuta dei sistemi sanitari, esaltando la più accentuata fragilità della popolazione anziana – con maggiori rischi per la salute del singolo e, in definitiva, con risvolti anche sul fronte della sanità pubblica. Alla luce di queste sfide, nei prossimi decenni, sarà necessario **ripensare l'approccio alla sanità e al welfare**, in una chiave di **sostenibilità del sistema in cui la prevenzione giocherà un ruolo centrale**.

L'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19 ha mostrato in tutta la sua drammaticità l'impatto di condizioni patologiche, quali le malattie cardiache, spesso presenti negli anziani in condizione di cronicità: in caso di sindrome da **Covid-19, i pazienti affetti da cardiopatie – e non solo anziani – sono a più alto rischio di subire forme gravi** della malattia e di mortalità. Il decorso più severo della malattia e la gestione di complicanze si traducono inevitabilmente in un **carico aggiuntivo sul sistema**: è quindi evidente come la vulnerabilità di questa categoria di popolazione porti i suoi effetti sull'intera comunità.

Prevenire queste patologie si traduce quindi in un vantaggio in termini di salute e di risorse, anche di tipo strutturale, che possono essere liberate. In aggiunta, l'emergenza sanitaria ha avuto un pesante impatto nell'erogazione delle cure cardiovascolari, riducendo l'efficienza dei percorsi esistenti: la difficoltà di accesso alle strutture ospedaliere, ha limitato sensibilmente la presa in carico dei pazienti cardiopatici, sia elettivi che acuti, con un conseguente **sotto-trattamento destinato a far sentire i suoi effetti nei prossimi anni**.

Oggi più che mai la prevenzione cardiologica è fondamentale per salvare vite umane, perché nell'ultimo anno e mezzo la pandemia da Covid ha portato a una riduzione delle attività chirurgiche tra il 50 e l'85%, mentre la cardiochirurgia, nel nostro Paese, ha fatto registrare un decremento del 55%: **si sono ridotti gli interventi valvolari, i bypass coronarici e la chirurgia dell'aorta**. Anche sul fronte della diagnostica cardiovascolare si è rilevata una **riduzione del 75% circa degli ecocardiogrammi trans esofagei e delle diagnostiche per cardiopatia ischemica**. La mancata attività di diagnostica preventiva - causata dall'emergenza sanitaria - ha già portato a un ulteriore incremento del 20% della mortalità cardiovascolare e di quella in generale.⁹

E' quindi ancor più necessario ridurre il gap diagnostico attraverso un'azione specifica di screening.

⁹ http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=96306&fr=n

⇒ *Centralità della diagnosi tempestiva: una possibile proposta*

E' noto che nella fascia di popolazione superiore ai 65 anni si trovano molte condizioni che, se colte in tempo, possono essere trattate, così da evitare che si trasformino in seri problemi di salute. Un certo grado di disfunzione cardiaca si trova in oltre il 40% degli ultrasessantacinquenni, la fibrillazione atriale e lo scompenso cardiaco in circa il 15% degli ottantenni, le malattie delle valvole cardiache in circa il 10% al di là dei 75 anni.

Le malattie cardiache strutturali, la fibrillazione atriale, lo scompenso cardiaco hanno un forte impatto sul sistema sanitario e assistenziale, in termini di risorse economiche e impegno organizzativo. **La diagnosi tempestiva delle cardiopatie legate all'età deve essere pertanto considerata una priorità**, in modo da ridurre la vulnerabilità delle persone anziane e prevenire il declino funzionale. I progressi clinici nel campo della cardiologia consentono infatti di affrontare le cardiopatie strutturali garantendo non solo la sopravvivenza ma anche una buona qualità di vita, con un impatto positivo sui sistemi sanitari e sulla società.

Una diagnosi tempestiva di queste patologie è possibile: il processo diagnostico non è complesso, basta auscultare il cuore con un fonendoscopio e procedere a successivi esami strumentali, come un'elettrocardiogramma o un'ecografia, o un consulto specialistico. L'ipotesi, da inserire eventualmente come emendamento al progetto Cardio50, consiste nell'estendere la prevenzione alla popolazione tra i 45-50 anni (fascia di età in cui tendono a manifestarsi le malattie cardiovascolari), e riesaminare gli over 65 (fascia di età in cui si sviluppano le malattie cardiache strutturali) – ad esempio a 65, 75 e 80 anni.

⇒ *Strutturare un programma di prevenzione efficace: il focus sugli screening per la fascia di popolazione anziana*

Le decisioni politiche, per essere efficaci negli anni a venire, devono essere prese alla luce dei dati scientifici – i soli in grado di indirizzare la pianificazione in base a elementi che consentano certezza predittiva: e lo scenario delle malattie cardiache vascolari (MCV) è profondamente cambiato, in virtù dell'invecchiamento progressivo della popolazione.

Il cambiamento dell'epidemiologia delle MCV richiede pertanto – è utile ribadirlo - un focus sulle cardiopatie dell'anziano: patologie come la fibrillazione atriale, le malattie valvolari cardiache, lo scompenso cardiaco sono rilevanti in termini di costi e impegno organizzativo, perché complesse da gestire e in quanto costituiscono una condizione di cronicità e comorbidità frequente negli anziani. L'urgenza di intervenire in modo specifico - **grazie all'occasione data dal disegno di legge in discussione** - è dettata dal trend di invecchiamento della popolazione, che è in continuo aumento: queste patologie sono destinate, in assenza di interventi preventivi opportuni, ad assumere sempre più carattere di emergenza delineandosi come una sorta di pandemia silente.

E' evidente infatti che **le MCV, quando vengono affrontate in età geriatrica, assumono una rilevanza e un interesse non solo clinico (e individuale), ma anche di tipo sociale ed economico**, perché rappresentano un'enorme perdita di salute collettiva e un costo incalcolabile per il Servizio Sanitario Nazionale.

Il rischio cardiovascolare non si esaurisce a 50 anni ma diventa diverso e più impegnativo a 65/70 anni. Per questo, **partendo dall'attuale costruito del Cardio50, è a nostro avviso necessario prendere in considerazione la transizione epidemiologica di questi ultimi anni, che ci riconsegna una società profondamente diversa, per strutturare una discussione su una Legge in grado di affrontare le sfide dei prossimi dieci/venti anni.**

Le malattie cardiovascolari hanno la maggiore prevalenza e mortalità nella popolazione anziana. Oltre alla comorbidità c'è da considerare anche il peso della disabilità, specialmente importante nel caso delle patologie cardiache. Per contrastare efficacemente queste malattie c'è bisogno quindi di un sistema multidimensionale di valutazione del paziente - ancor più se anziano - che, oltre la cura, punti a recuperare e migliorare la funzionalità del soggetto per restituirgli qualità di vita, andando così anche, di riflesso, a minimizzarne l'impatto sulla spesa sanitaria.

Prevenzione e screening per contrastare la sotto-diagnosi vanno intesi come strumenti capaci di arginare l'invecchiamento e le sue conseguenze e di restituire, favorendo interventi tempestivi, funzionalità al paziente. E' importante perseguire l'appropriatezza diagnostica oltre che terapeutica. **La medicina cardiologica ha fatto molti progressi, consentendo di aumentare l'attesa di vita: il passo successivo da compiere ora è far sì che questi anni aggiunti alla vita siano anni in buona salute.** Abbiamo concesso più tempo alle persone e, di conseguenza, accresciuto le probabilità di sviluppare le malattie diverse dagli eventi acuti su cui si agisce con interventi d'urgenza.

L'invecchiamento è portatore di comorbidità, con una domanda di salute sempre più complessa e articolata. L'aumento dell'aspettativa di vita ha quindi modificato in modo importante il *pattern* assistenziale, con patologie croniche sempre più prevalenti rispetto alle acute.

La valutazione dello stato di salute dell'anziano pertanto deve essere complessiva, tenendo nel dovuto conto tutti quegli elementi che devono confluire nella definizione di piani terapeutici sempre più elaborati.

Questi cambiamenti della società devono, cioè, trovarci pronti nel cambiare il nostro concetto di 'salute' e il modo di organizzare il sistema sanitario e di welfare. **In Italia, infatti, le patologie cardiovascolari determinano un costo assistenziale di oltre 18 miliardi di euro l'anno, che rappresenta l'1.3% complessivo del nostro PIL. Ma la prevenzione può davvero fare tantissimo.**

⇒ *Il Disegno di Legge 869: alcune considerazioni conclusive*

La prevenzione costituisce la chiave per il miglioramento dell'efficienza assistenziale con possibili notevoli ricadute sugli esiti. Le evidenze sin qui riportate indicano come sia cruciale contrastare l'impatto crescente delle MCV in termini di salute e qualità di vita degli anziani. **Le cardiopatie legate all'invecchiamento – fibrillazione atriale, SHD – arrivando a maturazione portano allo scoppio cardiaco: queste patologie sono tra i motivi più frequenti di accesso all'ospedale e di impegno del pronto soccorso, oltre che una voce importante come costo assistenziale. La cronicità è la parte più costosa della cardiologia e su questo bisogna concentrare gli sforzi di prevenzione. Per questo occorre cogliere l'occasione di ampliare il target di destinatari del Disegno di Legge 869.**

Il problema sociosanitario creato dalla non prevenzione è enorme: ha costi non solo in termini di malattia ma soprattutto economici (per il sistema sanitario e di welfare), di gran lunga più importanti del costo degli screening. Va infatti considerata la cronicità delle malattie cardiovascolari: patologie che richiedono una gestione complessa e di lunga durata.

Il DL 869 è estremamente importante: per la prima volta si affronta la prevenzione cardiovascolare a tutto tondo e le si dà la stessa dignità della prevenzione oncologica. Si avverte la necessità di un intervento generale sulla popolazione in merito ad adeguati stili di vita, ad un'alimentazione sana, e anche ad una diagnosi precoce per intercettare i pazienti. Come detto, nel 2040 si stima che tra gli over 65 soffriranno di malattie cardiache strutturali (SHD) 2,5 milioni di persone.

Viviamo nell'epoca della transizione epidemiologica dovuta alla crescita dell'aspettativa di vita da 69 ad 81 anni, con una conseguente evoluzione in termini di salute pubblica. E' grazie a questa crescita che le SHD hanno trovato terreno fertile poiché sono proprio gli anziani a contrarre maggiormente questo tipo di patologie. **Ma se intercettate in tempo queste patologie possono essere trattate precocemente e con grande efficacia, migliorando al contempo la qualità di vita.** La SICGE (Società Italiana di Cardiologia Geriatrica) che ho l'onore di presiedere è nata proprio su questi presupposti. Negli ultimi anni la nostra società scientifica ha organizzato numerosi screening presso villaggi ed enti, ad esempio i club tennistici. Abbiamo eseguito degli elettrocardiogrammi sugli over 65 e, nel caso di riscontro di sintomi, proceduto con delle ecografie di controllo. Grazie a questi screening abbiamo riscontrato che il 7% degli over 80 soffre di stenosi aortica, il 10% di insufficienza mitralica e il 15% di fibrillazione atriale e scompenso cardiaco. **Questi screening non sono particolarmente costosi (circa 20 euro a persona); per contro, lo scompenso cardiaco risulta essere una voce di costo rilevante, a causa dei giorni di degenza e dei costi dei trattamenti, pur rappresentando solo il 2% delle emergenze ospedaliere.**

Il declino funzionale che accompagna l'avanzare dell'età comporta infatti costi diretti (spese per ricoveri ospedalieri, terapie, assistenza dovuta alla perdita di autonomia, etc) e indiretti (impossibilità di continuare a lavorare e quindi di contribuire attivamente alla società). **Aspetto non trascurabile del declino funzionale è, poi, una più accentuata fragilità e vulnerabilità** che espone la popolazione anziana a maggiori rischi per la salute con risvolti anche sul fronte della sanità pubblica – come constatato nell'emergenza sanitaria da Covid19.

Il DDL 869 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari assume quindi – oggi più che mai - un'importante funzione strategica che va in direzione della salute della popolazione e della sostenibilità del sistema. Come medico cardiologo e Presidente di SICGE rivolgo quindi un appello a tutti i Senatori e le Senatrici per giungere in tempi brevi alla condivisione e approvazione di un testo che includa a pieno titolo le cardiopatie delle persone anziane. I benefici per il nostro SSN saranno davvero rilevanti.