

La cardiocirurgia nell'ultraottantenne: esperienze nell'ospedale privata accreditata

Cesare Proto^o, Fabio Zacà*

^o *Primario U.O. di Cardiologia - Istituto Clinico Sant'Anna - Brescia*
Presidente Nazionale SICOA

* *Primario di Cardiologia - Hesperia Hospital - Modena*

Riassunto

Il numero degli interventi di cardiocirurgia nell'ultraottantenne è in aumento: negli ospedali privati accreditati il numero di pazienti operati nel 2004 è raddoppiato rispetto al 2000; la percentuale di ultraottantenni operati, rispetto al numero totale di interventi, è del 5.5%.

I risultati sono confortanti e simili a quelli presenti in letteratura.

La utilità di una valutazione collegiale prima di sottoporre il paziente ultraottantenne ad un intervento cardiocirurgico è sempre più richiesta e può consentire di ridurre la mortalità e migliorare la qualità di vita dei pazienti anziani.

Summary

The cardiac surgery in octogenarians is increasing: in private hospital the number of patients is doubled in the 2004 comparing with the 2000; the cardiac surgery percentage in octogenarians is on average 5.5% of the all cardiac operations.

The results are encouraging and similar to literature data.

The collective valuation before cardiac surgery in octogenarians is more often required and can permit the mortality reduction and the quality life improvement in the elderly people.

Parole chiave: Cardiocirurgia, Anziani, Qaly, Valutazione collegiale

Key words: Cardiac surgery, Elderly, Qaly, Collective valuation

"To be eighty years young is sometimes far more cheerful and hopeful than to be forty years old."

Winston Churchill

Il tasso di invecchiamento della popolazione in Italia è il più intenso e veloce come confermato dall'OMS: il costante incremento della vita media ha portato nel 2001 l'aspettativa di vita alla nascita a 76.7 anni per gli uomini ed a 82.9 anni per le donne¹. Ad ottanta anni l'aspettativa di vita è in media di 6 anni, a ottantacinque anni l'aspettativa di vita è in media di 4.3 anni.

La presenza di una malattia cardiaca riduce sensibilmente l'aspettativa di vita; un intervento cardiocirurgico, qualora vi sia indicazione e si possa tecnicamente eseguire, aumenta l'aspettativa di vita.

È quindi corretto che nell'ultraottantenne la possibi-

lità di un intervento cardiocirurgico venga valutata attentamente.

L'intervento cardiocirurgico nell'anziano è gravato da una mortalità superiore: nel calcolo dell'Euroscore il rischio aumenta di 1 punto ogni cinque anni di età a partire da 61 anni: ad ottantanni l'età incide con 4 punti, ad 85 anni con 5 punti².

L'intervento cardiocirurgico nell'anziano è gravato da una elevata morbilità, per cui il periodo post-operatorio può essere di durata maggiore rispetto alla media³. Negli Ospedali privati accreditati, dove si esegue circa il 35/40% di tutti gli interventi di Cardiocirurgia, gli interventi di cardiocirurgia negli ultraot-

tantenni sono in numero sempre maggiore e rispetto al 1999 gli interventi sono più che raddoppiati.

La **Società Italiana Cardiologia Ospedalità Accreditata** (SICOA) nell'ambito del Congresso Nazionale 2005 ha organizzato una tavola rotonda dal titolo: La cardiocirurgia nell'ultraottantenne: esperienze nell'ospedale privata accreditata.

I dati che abbiamo raccolto riguardano il 95% dei centri privati accreditati ai quali va un sentito ringraziamento da parte del Consiglio Nazionale.

Ai Responsabili dei Centri è stato chiesto oltre al numero degli interventi eseguiti sugli ultraottantenni anche il numero di tutti gli interventi effettuati negli ultimi anni: il numero degli interventi sugli ultraottantenni è passato dai 380 del 1999 ai 900 del 2004 (Fig. 1); la percentuale è aumentata e la media nel 2004 effettuata su tutte le strutture interessate è del 5.5%, in alcuni Centri la percentuale supera il 9% (Fig. 2).

I dati disponibili sulla mortalità sono confortanti ed assolutamente confrontabili con quelli presenti in letteratura⁴⁻⁵⁻⁶.

Il numero totale degli interventi è rimasto stabile fino al 2002, mentre nei 2 anni successivi la riduzione è stata progressiva (Fig. 3) ed ha raggiunto il 13%; tale riduzione è addebitabile a vari fattori tra cui l'inc-

La cardiocirurgia nell'ultraottantenne: esperienze nell'ospedale privata

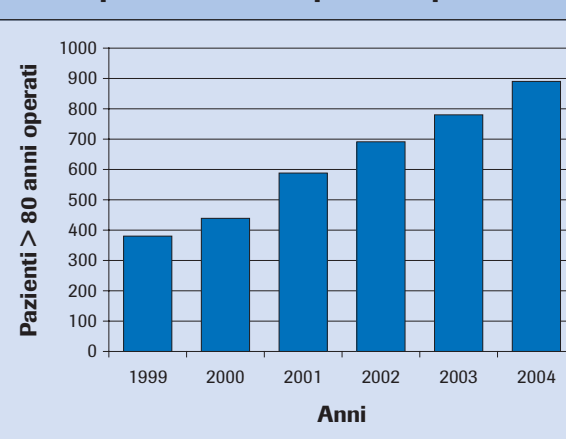


Fig. 1 - Il numero degli interventi di cardiocirurgia nell'ultraottantenne sta aumentando.

La cardiocirurgia nell'ultraottantenne: esperienze nell'ospedale privata

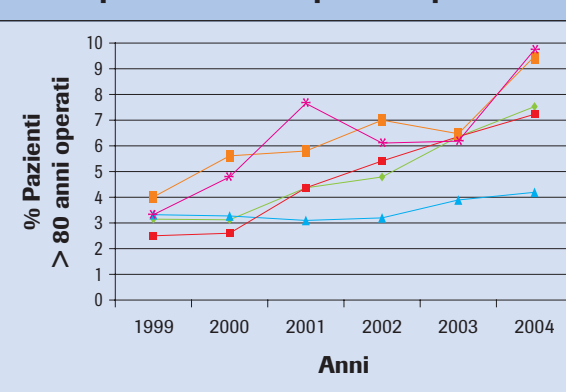


Fig. 2 - La tendenza all'aumento degli interventi negli ultraottantenni è evidente anche se vi sono differenze fra i vari Centri (ne sono rappresentati 5).

La cardiocirurgia nell'ultraottantenne: esperienze nell'ospedale privata

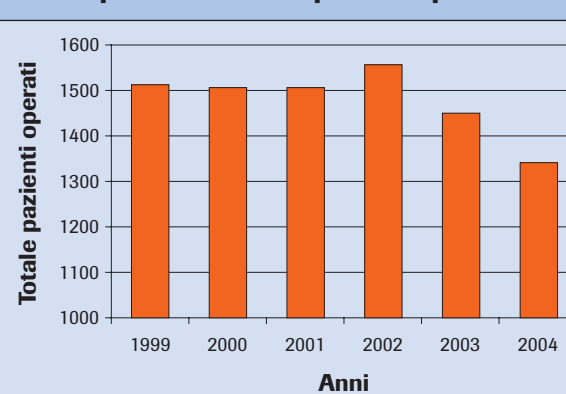


Fig. 3 - Il numero totale degli interventi di cardiocirurgia si sta riducendo.

mento delle procedure di angioplastica, le cui indicazioni si allargano sempre di più e la riduzione della incidenza della cardiopatia coronarica: dal 1997 l'incidenza si sta progressivamente riducendo e nel 2007 sarà del 16% negli uomini e del 15% nelle donne¹.

La riduzione del numero totale degli interventi e l'aumento della cardiocirurgia negli ultraottantenni può far pensare ad un correlazione fra i 2 eventi; tale ipotesi, che non può essere completamente esclusa, è meno facile da sostenere quando si evidenzia che il numero totale degli interventi si è ridotto nel 2003 e nel 2004, mentre la percentuale degli interventi di cardiocirurgia negli ultraottantenni è aumentata dal 1999.

I dati rilevati nell'ospedale privata accreditata sono presumibilmente simili a quelli della ospedale pubblica.

La cardiocirurgia nell'ultraottantenne è un problema clinico che sarà sempre più frequente nei prossimi anni e che dovrà essere affrontato sia da un punto di vista medico che di politica sanitaria.

Da un punto di vista medico la cardiocirurgia nell'ultraottantenne si associa ad una mortalità ed ad una morbilità superiore a quella dei pazienti con età inferiore; uno degli obiettivi è migliorare i risultati riducendo i rischi

legati all'intervento ed al periodo post-operatorio. Una recente delibera della giunta regionale del Piemonte⁷ che riguarda il Protocollo d'intesa Regione-Aziende sanitarie per l'attività cardiocirurgica ha evidenziato nel capitolo "qualità" che è necessaria una **valutazione collegiale pre-operatoria** dei casi da programmare per l'intervento.

Tale valutazione è richiesta per tutti i casi da sottoporre ad intervento cardiocirurgico; a nostro giudizio è assolutamente indispensabile nei pazienti ultraottantenni ed è auspicabile che la valutazione collegiale venga richiesta da tutte le Regioni.

Bisogna tuttavia augurarsi che il Legislatore definisca con precisione cosa si intende per valutazione collegiale, chi fa parte del collegio e con quale metodo si arriva alla decisione di sottoporre o non sottoporre il paziente all'intervento cardiocirurgico.

Abitualmente si arriva all'intervento con questo tipo di procedura: il Cardiologo pone l'indicazione all'intervento, il Cardiocirurgo giudica la fattibilità dello stesso e l'Anestesista valuta il rischio anestesiológico. Oltre al Cardiologo, al Cardiocirurgo ed all'Anestesista possono far parte del Collegio altre figure professionali?

L'opportunità di un intervento cardiocirurgico nell'età avanzata è legata alla valutazione dei seguenti punti:

- 1) Condizioni cardiache che consentono l'intervento.
- 2) L'intervento incide sulla aspettativa di vita?
- 3) L'intervento migliora la qualità di vita?
- 4) Condizioni generali che consentono l'intervento.
- 5) Il paziente ha una aspettativa di vita ragionevole?
- 6) Il paziente ha motivazioni adeguate?
- 7) Il paziente ha coscienza del rischio operatorio e dell'impegno post-operatorio?

Mentre per i primi 3 punti il parere del cardiologo e del cardiocirurgo sono sufficienti, per il 4° ed il 5° punto è opportuna una valutazione attenta da parte del Gerontologo e dello Specialista delle co-patologie presenti.

La condizione clinica generale sarà valutata dal Gerontologo che esprimerà un giudizio circa la possibilità del paziente di superare l'intervento⁸.

Il Neurologo, il Nefrologo e il Pneumologo sono gli specialisti che più frequentemente sono coinvolti; essi valuteranno l'entità della patologia presente⁹. Le domande che lo Specialista dovrà porsi sono le seguenti: può la patologia condizionare l'intervento

e può l'intervento far peggiorare la patologia extracardiaca pre-esistente?

Lo Specialista inoltre dovrà porsi l'obiettivo di ottimizzare la terapia e valutare se, procrastinando l'intervento, o per verificare l'effetto della terapia o per consentire un periodo di riabilitazione (ciò può essere utile soprattutto per la patologia respiratoria), il paziente possa correre un rischio minore e superare l'intervento riducendo le possibili complicazioni post-operatorie.

Una attenzione particolare si deve avere per la patologia neoplastica: se l'aspettativa di vita è breve è indicato non effettuare l'intervento; se invece l'aspettativa di vita è tale da consentire un accettabile periodo di sopravvivenza, non vi sono controindicazioni assolute all'intervento: ciò accade spesso per le neoplasie della prostata.

Infine, dopo aver correttamente informato il paziente¹⁰ per ottenerne il consenso, bisogna valutare la motivazione dello stesso ad effettuare l'intervento cardiocirurgico e la coscienza nell'accettare il rischio operatorio⁹ e l'impegno post-operatorio: per tale valutazione sarebbe ottimale se ci si avvallesse della collaborazione anche dello psicologo.

Bisogna tuttavia ricordare che al momento attuale la legislazione¹¹ prevede che se l'intervento è *quoad vitam* (se non si effettua l'intervento il paziente rischia la vita) il parere negativo del Collegio o dell'anestesista non è vincolante per il Cardiocirurgo, il quale può decidere di effettuare l'intervento: ovviamente bisogna che sia certo che il paziente rischia la vita e che non vi siano soluzioni alternative.

Se l'intervento è *quoad valetudinem* (si effettua l'intervento per migliorare la qualità di vita del paziente) il parere negativo del Collegio o dell'anestesista è vincolante per il cardiocirurgo: ovviamente bisogna che sia certo che il rischio anestesiológico comporti un rischio di vita per il paziente.

La valutazione collegiale dovrebbe esprimere un giudizio unanime; qualora vi sia una posizione differente¹¹ da parte di un componente è auspicabile che si riesca a trovare la soluzione per un motivato superamento del differente parere, che qualora permanesse, non consentirebbe di definire la valutazione come "collegiale". Per quanto riguarda la politica sanitaria¹², anche se al momento attuale in Italia non vi sono limiti di età all'esecuzione di un intervento di cardiocirurgia, bisogna tenere conto che nel mondo occidentale il concetto di *qaly* si sta diffondendo¹³.

Il *qaly* è una misura globale del livello di salute otte-

nuta da un trattamento ed è misurabile moltiplicando il guadagno di vita per la qualità di vita¹⁴.

Il guadagno di vita per un intervento di sostituzione valvolare aortica a cinquanta anni è presumibilmente 30 anni; ad ottanta anni è presumibilmente 5 anni. Il valore della qualità di vita oscilla da 1, che è definito come lo stato di salute migliore possibile, a 0, che si ha quando l'individuo muore, o ad un valore al di sotto di 0, che si ha quando vi è il peggiore stato di salute possibile.

Se per il cinquantenne il valore della qualità della vita è 1, il *qaly* sarà 30 (30 x 1), se per l'ottantenne il valore della qualità della vita sarà 0.5, il *qaly* sarà 2.5 (5 x 0.5).

In futuro chi gestisce la politica sanitaria ci potrà chiedere che un intervento di cardiocirurgia ci debba garantire un minimo di *qaly*?

Se così fosse ci sarebbe una discriminazione nei confronti degli anziani e questo non sarebbe corretto tenendo conto che talvolta l'età biologica non coincide con quella anagrafica.

In conclusione la cardiocirurgia nell'ultraottantenne è un problema sentito ed affrontato negli ospedali privati accreditati: il numero degli interventi è in progressivo aumento ed i risultati sono confortati

tanti; l'attenzione a questo problema clinico è alta ed in linea con quanto espresso dall'American Geriatrics Society che nell'articolo: "Aging population: a world challenge" evidenzia, tra gli obiettivi di chi lavora in Sanità, la necessità di migliorare la qualità di vita degli Anziani, di ridurre le disparità di trattamento tra le persone anziane e la popolazione generale.

Si ringraziano i Responsabili delle seguenti Unità Operative di Cardiocirurgia che hanno fornito i dati degli interventi effettuati nelle loro strutture:

- Casa di Cura Città di Alessandria
- Casa di Cura Gruppo Villa Maria
- Casa di Cura Montevergine - Mercogliano (AV)
- Centro Cuore Morgagni - Pedara (CT)
- Clinica Accreditata San Michele - Maddaloni (CE)
- Clinica Mediterranea - Napoli
- Clinica Pineta Grande - Castel Volturno (CE)
- Clinica San Rocco di Franciacorta - Ome (BS)
- Hesperia Hospital - Modena
- Istituto Clinico Humanitas - Rozzano (MI)
- Istituto Clinico S. Ambrogio - Milano
- Ospedale San Raffaele - Milano
- Istituto Policlinico San Donato - S. Donato Mil.se (MI)

Bibliografia

1. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001 - 2002. Speranze di vita e mortalità. www.ministerosalute.it
2. Roques F, Nashef SA, et al. European system for cardiac operative risk evaluation (Euroscore). *Eur J Cardiothorac Surg.* 1999 Jun;15(6):816-22
3. Tsai TP, Matloff JM, Kass RM. Ten-years experience of cardiac surgery in patients aged 80 years and over. *Ann Thorac Surg* 1994 58, 445-450
4. Collart F, Feier H, Kerbaul F et al. Valvular surgery in octogenarians: operative risk factors, evaluation of Euroscore and long term results. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005;27:276-280
5. Casali G, Musumeci F. Terapia chirurgica nell'anziano: selezione dei pazienti e risultati delle procedure. *Ital Heart J* 2004; 5 (Suppl 10): 60S-68S
6. Fruitman Ds, Mac Dougall CE, Ross DB. Cardiac surgery in octogenarians: can elderly patients benefit? Quality of life after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 2129-35
7. Delibera della giunta regionale del Piemonte. Protocollo d'intesa regione-aziende sanitarie per l'attività cardiocirurgica.

- Bollettino ufficiale n.50 del 16 12 2004
8. Scott Rich J, Sox H C. Screening in the Elderly: principles and practice. *Hospital Practice* 2000 <http://www.hosppractice.com/issues/2000/10/eldrich.htm>American
 9. Magni E, Binetti G, Bianchetti A, Rozzini R, Trabucchi M: Mini-mental state examination: a normative study in italian elderly population. *Eur J Neurol* 3:1-5, 1996
 10. Rady M Y Johnson D J. Cardiac surgery for octogenarians: Is it an informed decision? *Am Heart J* 2004 147 (2): 347-353
 11. La responsabilità nel lavoro medico d'equipe. Profili penali e civili. Ambrosetti 2003
 12. Dummond MF, O'Brein BJ, Stoddart GL et al. Methods for economic evaluation of health care programmes. Oxford University Press, Oxford 1997
 13. Evans JG. Health care rationing in elderly people. In: M Tunbridge(Ed), Rationing of health care in medicine. Royal College of Physicians, London 1993
 14. Nord E. Cost-value analysis in health care: making sense out of QALYs. Cambridge University Press, Cambridge, 1999
 15. Geriatrics Society. Aging population: a world challenge. http://www.americangeriatrics.org/funding/aging_population.shtml