Sintesi estesa – ESC Clinical Consensus Statement 2025 su Salute Mentale e Malattie Cardiovascolari

(Riferimento: documento originale) ■filecite■turn8file0■

Il documento dell'European Society of Cardiology (ESC) del 2025 rappresenta una sintesi autorevole e multidisciplinare sul rapporto bidirezionale tra salute mentale e salute cardiovascolare. È sviluppato con il contributo congiunto di cardiologi, psicologi, psichiatri, infermieri, geriatri, ricercatori e persone con esperienza vissuta di malattia cardiovascolare e disturbi mentali.

1. Visione generale

La salute mentale non è distinta dalla salute cardiovascolare ma ne costituisce un determinante cruciale. Il testo definisce la salute mentale come un continuum che va da stati mentali ottimali (benessere, resilienza, senso di scopo) a condizioni e disturbi mentali gravi. La relazione tra salute mentale e rischio cardiovascolare è multidirezionale: gli stati psicologici influenzano rischio e prognosi cardiovascolare, mentre la malattia cardiaca influisce negativamente sul benessere mentale.

2. Problemi persistenti

Il documento denuncia diversi limiti strutturali nei sistemi sanitari:

• scarsa consapevolezza dei professionisti riguardo la prevalenza dei disturbi mentali e il loro impatto prognostico nelle malattie cardiovascolari;

• stigma persistente verso le malattie mentali, in particolare le Severe Mental Illness (SMI);

• assenza di screening sistematico per depressione, ansia e stress nei percorsi cardiologici;

• carenza di integrazione tra cardiologia e salute mentale;

• ricerca insufficiente su interventi combinati cardiovascolari-psicologici;

• mancato riconoscimento del ruolo dei caregiver, spesso soggetti a elevato carico emotivo.

3. Il modello Psycho-Cardio Team

Il documento propone un modello integrato composto da:

• specialisti cardiologi e infermieri;

• psicologi e psichiatri;

• altri professionisti sanitari e sociali;

• team di medicina generale.

L'obiettivo è garantire continuità e presa in carico globale, includendo valutazione del benessere mentale, gestione dello stress, presa in carico di depressione/ansia, supporto al caregiver, e interventi coordinati.

4. Fattori psicologici come determinanti del rischio cardiovascolare

Il documento riporta evidenze robuste su diversi fattori psicosociali:

4.1 Benessere psicologico

Stati di ottimismo, senso di coerenza, resilienza e soddisfazione di vita predicono minore mortalità e minore incidenza di coronaropatia, scompenso e aritmie. Il benessere psicologico modula la risposta allo stress, migliora l'autoregolazione e favorisce stili di vita salutari.

4.2 Stress psicosociale e stress cronico

Lo stress cronico ha un effetto paragonabile ai fattori di rischio cardiovascolare tradizionali. Attiva sistemi neuroendocrini, promuove infiammazione, altera l'equilibrio autonomico e incoraggia comportamenti dannosi (fumo, sedentarietà, cattiva alimentazione).

4.3 Stress lavorativo, disoccupazione e precarietà

Il "job strain" aumenta il rischio di coronaropatia, riduce l'aspettativa di vita libera da malattia e si associa a ipertensione, insonnia e condotte non salutari. Anche la disoccupazione contribuisce a peggiorare i comportamenti di rischio e la salute cardiovascolare.

4.4 Status socioeconomico e discriminazione

Lo status socioeconomico basso e la percezione soggettiva di bassa posizione sociale aumentano il rischio di eventi cardiovascolari. Le discriminazioni, episodiche e croniche, mostrano associazioni significative con infarti, ictus e mortalità.

4.5 Esperienze infantili avverse (ACE)

Maltrattamenti, trascuratezza e traumi in età infantile aumentano il rischio di coronaropatia, diabete, depressione e mortalità in età adulta.

4.6 Violenza domestica, solitudine e isolamento sociale

La violenza nelle relazioni intime aumenta il rischio psicologico e cardiovascolare. Solitudine e isolamento sociale aumentano il rischio di eventi cardiaci e di mortalità.

4.7 Disturbi mentali come fattori di rischio cardiovascolare

• Depressione: rischio aumentato di cardiopatia ischemica, scompenso, aritmie e mortalità.

• Ansia: incremento di infarti, mortalità cardiovascolare e peggior autogestione della malattia.

• PTSD: aumenta rischio di scompenso, infarto, aritmie e mortalità attraverso iperattivazione neurovegetativa, infiammazione e comportamenti dannosi.

5. Condizioni mentali nei pazienti con malattia cardiovascolare

Una volta insorta la malattia cardiovascolare:

• la depressione è estremamente comune (fino al 40% in alcune condizioni), peggiora la prognosi e riduce l'aderenza terapeutica;

• l'ansia è frequente, soprattutto dopo infarto o aritmie;

• il PTSD può insorgere dopo eventi cardiaci acuti o procedure invasive;

• la solitudine e la fragilità sociale aggravano il decorso della malattia.

Il documento sottolinea che la presenza di disturbi mentali peggiora mortalità, rischio di reospedalizzazione e qualità della vita.

6. Identificazione, prevenzione e gestione

Sono raccomandate strategie strutturate:

6.1 Screening

Utilizzo di strumenti validati quali PHQ, HADS, GAD■7, scale di distress, con protocolli adattati alla fase clinica (acuto, post-acuto, riabilitazione).

6.2 Interventi psicologici e psicoeducativi

• psicoterapia (CBT, EMDR, gestione dello stress);

• social prescribing;

• educazione del paziente e del caregiver;

• tecniche di coping e mindfulness;

• interventi sul sonno e sulla regolazione emotiva.

6.3 Stili di vita e riabilitazione

La sinergia tra attività fisica, dieta, sonno, astensione dal fumo e riabilitazione cardiologica è ritenuta centrale nel miglioramento sia della salute mentale che cardiovascolare.

6.4 Farmacoterapia

Il documento fornisce indicazioni puntuali sull'uso di antidepressivi, ansiolitici e ipnotici nei pazienti con patologie cardiache:

• preferenza per SSRI;

• cautela con TCA e MAOI;

• monitoraggio del QTc;

• gestione delle interazioni in aritmie, scompenso, coronaropatia e post■intervento.

7. Severe Mental Illness (SMI)

Le SMI (schizofrenia, disturbo bipolare, gravi depressioni) sono associate a:

• forte aumento del rischio cardiovascolare;

• scarsa aderenza terapeutica;

• maggiore mortalità;

• effetti avversi psicofarmacologici (aumento di peso, ipertensione, dislipidemia, diabete);

• scarsa qualità dell'assistenza.

Il documento raccomanda percorsi specifici, monitoraggio intensivo, programmi integrati e collaborazione stabile tra cardiologia e psichiatria.

8. Popolazioni e situazioni specifiche

Il testo dedica sezioni a:

• differenze di genere e popolazioni transgender;

• anziani, multimorbidi e fragili;

• persone in povertà, migranti e rifugiati;

• cardio-oncologia e impatto psicologico del cancro.

9. Messaggi chiave e gap di conoscenza

L’ESC individua aree dove la ricerca è ancora insufficiente: prevenzione integrata, screening di routine, gestione dei disturbi mentali gravi, percorsi per popolazioni vulnerabili, modelli organizzativi innovativi.

Conclusione generale

Il documento afferma con chiarezza che l’integrazione tra cura cardiologica e salute mentale non è un’opzione ma una necessità clinica, organizzativa e di salute pubblica.

Serve un cambiamento culturale, sostenuto da formazione, linee guida condivise, modelli interprofessionali e investimenti strutturali.

Nota finale: sintesi ottenuta tramite AI.