

PUGLIA

Un nuovo modello organizzativo con Unità dedicate nel Pronto Soccorso

A colloquio con **Stefano Favale**

Direttore Cardiologia Universitaria, Policlinico di Bari

Ci può inquadrare le tipologie di fibrillazione atriale di recente insorgenza e le implicazioni cliniche?

La prevalenza della fibrillazione atriale aumenta con l'età in relazione ai processi di invecchiamento della struttura cardiaca e, pertanto, è destinata ad aumentare con l'incremento della longevità a cui stiamo assistendo. La fibrillazione atriale cronica, definita come quella che permane o recidiva dopo aver praticato tutti i tipi di trattamento possibili, richiede il controllo farmacologico della frequenza cardiaca (risposta ventricolare) e una terapia anticoagulante per la profilassi del rischio embolico. Dopo aver ottimizzato la terapia medica i pazienti con fibrillazione atriale cronica presentano un'accettabile qualità di vita.

La fibrillazione atriale di recente insorgenza viene denominata parossistica, quando si arresta spontaneamente, in genere entro 48 ore dall'insorgenza improvvisa, o persistente, se dura più di sette giorni o richiede la cardioversione. Ambedue le forme costituiscono un rilevante problema clinico per il rischio embolico elevato e per la scadente qualità di vita, caratterizzata da episodi di cardiopalmo, associati talvolta a panico, cui spesso consegue il ricorso d'urgenza alle cure mediche in presidi ospedalieri. Il ricovero ospedaliero costituisce la principale motivazione dell'elevatissimo costo dell'aritmia per il sistema sanitario. Poiché il rischio embolico è correlato alla durata della fibrillazione atriale, negli episodi insorti da meno di 48 ore si esegue una cardioversione previa esclusione del rischio di embolia mediante ecocardiogramma transesofageo, tecnica in grado di rilevare la presenza di trombi in atrio.

Con riferimento alla realtà in cui opera, in che modo viene gestita la fibrillazione atriale di recente insorgenza?

L'obiettivo sanitario primario è quello di arrestare nel più breve tempo la fibrillazione atriale



Scale di valutazione dell'ictus

A cura di **Stefano Cagliano, Andrea Sanapo**

La prestigiosa American Heart Association statunitense raccomanda che tutti i paramedici e tutti gli operatori di base siano addestrati a riconoscere un ictus usando uno strumento validato e semplificato di valutazione neurologica extraospedaliera come la Cincinnati Prehospital Stroke Scale o il Los Angeles Prehospital Stroke Screen. Ma la domanda è: quanti medici conoscono le due scale o magari le Canadian Neurological, la European Stroke o la Hemispheric Stroke Scale? E a quanti manca uno strumento agile per usare le comunissime Glasgow Coma Scale (GCS) o NIH Stroke Scale (NIHSS)? Questa guida, con la prefazione di Riccardo Sterzi, direttore del reparto di neurologia del Niguarda Ca' Granda di Milano, ha il pregio di sintetizzare in modo chiaro e veloce le scale usate più spesso in caso di ictus. E sta tutto nella tasca del camice...

Il Pensiero Scientifico Editore
Numero verde 800-259620

di recente insorgenza mediante la cardioversione, che può essere farmacologica, con somministrazione di farmaci antiaritmici, o elettrica, mediante l'erogazione di uno shock elettrico sul torace. La cardioversione elettrica viene eseguita in regime di ricovero breve, anche day hospital, e richiede la premedicazione di sedativi o narcotici per evitare dolore e trauma psichico per il paziente.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, nel contesto organizzativo del Pronto Soccorso, è dotata di un'Unità Operativa Cardiologica dedicata alla gestione del dolore toracico e della fibrillazione atriale, con 8 letti 'tecnici' (inclusi nel costo del Pronto Soccorso non gestiti col sistema dei DRG) in monitoraggio continuo per ricoveri brevi, di durata mai superiore a 48 ore.

Questo modello ha permesso di riservare all'Unità Operativa Cardiologica, che tra l'altro è inclusa nell'organizzazione dei trapianti cardiaci, ricoveri di pazienti a patologia complessa e urgenze ischemiche con rilevanti vantaggi riguardanti l'appropriatezza dei ricoveri e i costi per degenza ordinaria e in UTIC. Il paziente con fibrillazione atriale di recente insorgenza si reca al Pronto Soccorso dove, nell'Unità Cardiologica, viene sottoposto da cardiologi dedicati alle indagini per l'inquadramento clinico-eziologico e subito dopo, se possibile, alla cardioversione con farmaci. Nel caso di mancata risposta il paziente viene ricoverato in un reparto di cardiologia o di medicina interna in relazione alla severità del contesto clinico o alla necessità di ulteriori valutazioni cardiologiche (cardiopatie ischemiche e non, valvulopatie, etc) o internistiche (endocrinopatie, ipertensione, sindrome metabolica).

Questo modello di gestione del paziente è soddisfacente, a suo avviso, o andrebbe migliorato?

Questo modello è risultato soddisfacente nella nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria e probabilmente andrebbe opportunamente diffuso sul territorio, con l'istituzione di Unità Cardiologiche nei Pronto Soccorso dedicate all'osservazione breve ed in grado di selezionare i pazienti che realmente beneficiano del ricove-

ro in Unità Operativa Complessa. La diffusione di questo modello consentirebbe un rapido approccio diagnostico-terapeutico al paziente con fibrillazione di recente insorgenza e probabilmente ridurrebbe la durata degli episodi aritmici con una limitazione dei rischi correlati.

Quanto è importante per il medico e per il paziente la rapidità della cardioversione?

Una fibrillazione atriale che non regredisce subito diviene col tempo più resistente al trattamento medico per effetto del rimodellamento elettrico ed espone ad un rischio tromboembolico maggiore. La rapidità della cardioversione, soprattutto se ottenuta con farmaci, è importante per il medico, sicuramente gratificato dal successo terapeutico, per il minor impegno da tenere successivamente all'arresto nel monitoraggio del paziente. È ancor più importante per il paziente che, nel caso in cui non vi siano altri motivi per il ricovero, viene rapidamente dimesso.

Quale impatto potrebbe avere la diffusione del nuovo modello organizzativo sui costi di gestione della patologia, in particolare su quelli evitabili?

La fibrillazione atriale, soprattutto parossistica e persistente, è l'aritmia più costosa in relazione all'elevata prevalenza di casi ed incidenza di recidive con ricoveri ospedalieri. Si calcola che in Italia il costo annuale per paziente superi i 3000 euro e che il costo totale annuale superi i 3 milioni di euro. Poiché la maggior componente del costo è costituita dalla degenza in ospedale, principali obiettivi sanitari da perseguire sono la brevità e la prevenzione dei ricoveri. In questa visione assume grande valore il modello organizzativo che preveda un'unità cardiologica di pronto intervento diagnostico-terapeutico, in osservazione breve, in grado di arrestare l'aritmia e rinviare a casa il paziente.

Con riferimento specifico alla terapia farmacologica, quali sono i farmaci oggi principalmente utilizzati e quali le aspettative per il prossimo futuro?



Nel paziente con fibrillazione atriale di recente insorgenza e stabilità emodinamica si deve tentare la cardioversione farmacologica. In presenza di alterazioni strutturali cardiache è indicato l'amiodarone in infusione venosa; in mancanza di anomalie strutturali vengono utilizzati in infusione venosa flecainide, propafenone e ibutilide. L'ibutilide ha mostrato un'efficacia del 50% nell'arrestare la fibrillazione atriale di recente insorgenza entro 90 minuti dall'infusione, può provocare comunque tachicardia ventricolare polimorfa conseguente ad allungamento dell'intervallo QT in una consistente percentuale di casi. L'amiodarone ev riduce la risposta ventricolare e arresta l'aritmia in un'elevata percentuale tardivamente: solo nel 6% dei casi entro 90 minuti. Propafenone e flecainide sono efficaci con una percentuale di arresto di circa il 40-90% entro poche ore dall'infusione. Pertanto, tutti i farmaci usati richiedono un periodo di monitoraggio piuttosto lungo per attendere l'arresto dell'aritmia, specie con amiodarone, e per controllare i possibili effetti collaterali anche proaritmici con gli altri.

Possiamo aspettarci buoni risultati dal vernakalant?

Il vernakalant è un farmaco ad azione selettiva sui canali ionici atriali, che presenta, rispetto agli altri, un profilo di sicurezza maggiore, soprattutto in relazione alla mancanza di effetti proaritmici ventricolari. La sicurezza, inoltre, si associa ad una rapida efficacia che ha permesso, nelle valutazioni cliniche a supporto, l'arresto della fibrillazione atriale in oltre il 50% dei casi entro 90 minuti.

In attesa della conclusione di studi che permetteranno di conoscere ancor meglio questo farmaco, si può affermare che il favorevole rapporto rischio/beneficio e la rapidità d'azione lo pongono in una posizione di primissimo piano nella maggioranza dei pazienti (mancano dati sufficienti sulle classi di scompenso III e IV NYHA, mentre è controindicato nei casi con ipotensione, bradicardia, QT lungo e quando nelle precedenti 4 ore il paziente è stato trattato con uno degli antiaritmici di classe I o III). L'impatto del farmaco nella gestione della fibrillazione atriale di recente insorgenza potrà essere molto rilevante, fino a divenire farmaco di prima scelta in un'elevata percentuale di casi, se le premesse e le promesse saranno mantenute nella nostra esperienza clinica. ■ ML