

## FOCUS SULLE INIZIATIVE REGIONALI LA PAROLA AGLI ESPERTI

### CAMPANIA

#### Il ruolo delle innovazioni tecnologiche nel miglioramento della gestione della fibrillazione atriale

A colloquio con **Raffaele Calabrò**

Consulente per la Sanità in Campania e Direttore della Scuola di Specializzazione della Seconda Università di Napoli

**Professore, dalla sua prospettiva privilegiata di clinico, professore universitario e uomo politico, quale percezione ha della fibrillazione atriale?**

La fibrillazione atriale è la più diffusa forma di aritmia cardiaca. È una patologia che colpisce circa l'1-2% della popolazione dei Paesi occidentali, estremamente rara in età giovanile, mentre è presente in circa il 5% della popolazione anziana, sfiorando, secondo alcuni studi, il 20% nella popolazione di età superiore a 85 anni. Tale patologia ha un ruolo importante e riconosciuto quale fattore di rischio di morbilità e mortalità, legato principalmente ad un aumen-

tato rischio di eventi cerebrovascolari e di scompenso cardiaco. È inoltre una patologia che incide in modo significativo sulla qualità di vita del paziente e al tempo stesso rappresenta una crescente minaccia in termini di sostenibilità economica per il sistema, tenendo conto del progressivo invecchiamento della popolazione.

**In che modo viene gestita la fibrillazione atriale acuta nella Regione Campania?**

Nella realtà campana la fibrillazione atriale acuta ('parossistica') viene gestita in prima battuta dal medico del Pronto Soccorso, che spesso coinvolge il consulente cardiologo nel tentativo di una cardioversione farmacologica con i farmaci attualmente disponibili (antiaritmici classe IC se a cuore sano, amiodarone se in paziente cardiopatico) se l'insorgenza dell'aritmia è avvenuta entro le 48 ore.

In caso di accesso tardivo in Pronto Soccorso, di insuccesso della terapia o di instabilità emodinamica il paziente viene solitamente ricoverato. Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera si rileva che la maggior parte dei ricoveri con una diagnosi principale di fibrilla-



zione atriale avviene nei reparti di Cardiologia o UTIC, e che la proporzione di ricoveri in ambito specialistico sta aumentando. Da notare, tuttavia, che vi è una differenza legata all'età del soggetto relativamente al reparto di dimissione: i pazienti molto anziani sono ricoverati in misura minore in Cardiologia e molto di più in reparti come Medicina e Geriatria. Successivamente il paziente (dopo almeno 3 settimane di terapia anticoagulante) viene spesso sottoposto a nuovo ricovero ospedaliero per effettuare una cardioversione di tipo elettrico.

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

Questo modello gestionale della FA è sicuramente insoddisfacente, gravando notevolmente sui ricoveri ospedalieri potenzialmente evitabili soprattutto a causa del ritardo di azione (da 1 ora a 48 ore) e dell'elevata percentuale di insuccesso della cardioversione farmacologica in acuto con i farmaci attualmente disponibili, che oscilla tra il 20 e il 45%.

**Quale ruolo possono avere le innovazioni farmacologiche nel migliorare l'attuale gestione delle patologie, anche in termini di costi ed efficienza?**

Tra le innovazioni farmacologiche con un potenziale impatto anche su aspetti di efficienza e costi, il vernakalant si presenta con un meccanismo di azione unico rispetto agli altri farmaci antifibrillazione ed è il primo prodotto di una nuova classe di agenti farmacologici per la cardioversione della fibrillazione atriale commercializzato nell'UE. È interessante notare come, in tre studi clinici, nei pazienti *responder* (55% circa) la conversione della fibrillazione atriale a ritmo sinusale sia avvenuta rapidamente, di norma in circa 10 minuti dall'inizio dell'infusione. La rapidità ed efficacia di effetto di questo nuovo farmaco potrebbero pertanto agevolare e snellire il percorso gestionale della fibrillazione atriale acuta in Pronto Soccorso, riducendo i tempi di osservazione in ospedale e la prevalenza dei ricoveri inappropriati. ■ ML

## LOMBARDIA

### Una realtà pioniera in Italia

A colloquio con **Claudio Tondo**

Coordinatore Area Aritmologia, Centro Cardiologico Monzino, Milano

**Professore, Lei è il responsabile dell'Aritmologia al Centro Cardiologico Monzino. Ci descrive sinteticamente come è organizzata questa area?**

L'area di aritmologia rappresenta una delle nostre unità di punta, ormai da anni. Direi che è la sede in cui è iniziata, nei primi anni novanta, l'attività di aritmologia. Una realtà pioniera in Italia. L'area affronta a 360 gradi i vari tipi di aritmia: dai problemi più banali alle forme più complesse, in cui esiste anche il problema della morte improvvisa in pazienti molto critici. Le figure professionali che operano in questa area sono specialisti in cardiologia con un indirizzo specifico in aritmologia. Gli ambiti di azione comprendono in particolare:

1. l'area della fibrillazione atriale, patologia che negli ultimi 15 anni si è andata configurando come una vera e propria 'pandemia';
2. l'area delle aritmie ventricolari, che interessano pazienti con problemi più avanzati a rischio di sincope e morte improvvisa. In questo ultimo caso si tratta di situazioni molto specifiche, connesse alle coronopatie o legate a patologie di cui molto spesso non si conosce la causa. Questo fa sì che l'aritmologia moderna abbracci anche altre aree della cardiologia, prevedendo non di rado collaborazioni con genetisti e biologi molecolari. Si tratta, quindi, di un campo altamente complesso che si dirama in altre branche della medicina.

**Esistono percorsi diagnostico-terapeutici studiati in funzione della specificità dei pazienti?**

Esiste un dipartimento con letti dedicati a pazienti aritmologici e un percorso ambulatoriale per la diagnosi e cura delle aritmie. Per alcuni