

IL PAZIENTE TIPO E I LUOGHI DELLA CURA

a colloquio con **Gianfranco Cervellin**

Direttore UO Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Professore, ci può inquadrare il paziente 'tipo' affetto da fibrillazione atriale acuta e le principali criticità che il medico si trova a dover gestire?

In realtà, volendo semplificare al massimo, possiamo identificare due principali tipologie di pazienti affetti da fibrillazione atriale acuta. La prima tipologia, anche per frequenza, è quella del paziente di età medio-avanzata, iperteso o con fattori di rischio cardiovascolare, che lamenta cardiopalmo di insorgenza recente, o, non infrequentemente, sintomatologia più vaga (malessere generale, lieve dispnea, astenia). La seconda tipologia è quella del soggetto giovane, senza storia clinica di patologie cardiovascolari, che avverte in modo marcato la sensazione di cardiopalmo. Già da questa prima grossolana classificazione è evidente che il medico si trova spesso di

fronte ad una significativa difficoltà iniziale: deve cioè decidere se il suo paziente presenta una fibrillazione atriale acuta in cuore sano o se l'aritmia complica una preesistente cardiopatia. La decisione è importante perché può condizionare le strategie gestionali.

Quali sono le figure professionali che gestiscono (o dovrebbero gestire) il paziente con fibrillazione atriale acuta?

Nella grande maggioranza delle realtà i pazienti con fibrillazione atriale acuta sono gestiti essenzialmente da due figure professionali, diversamente coinvolte a seconda dell'organizzazione locale: il medico d'urgenza e il cardiologo.

Qual è, invece, il luogo in cui il paziente affetto da fibrillazione atriale acuta è normalmente gestito?

Normalmente tali pazienti, fatti salvi casi particolari, sono gestiti in Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza. Si tratta del luogo in cui è possibile una gestione rapida e sicura, in ambiente protetto e dotato di tutte le risorse tecnologiche e culturali necessarie.

Esiste, a suo avviso, un modello di gestione ottimale del paziente con fibrillazione atriale acuta in termini di figure professionali coinvolte, terapie farmacologiche e no, setting assistenziali specifici?

A mio modo di vedere non esiste 'una' gestione ottimale del paziente con fibrillazione atriale acuta, ma esistono dei percorsi ottimali, di norma condivisi tra le due figure professionali sopra ricordate, che permettono, anche e soprattutto in base alla stratificazione del rischio, di gestire la fibrillazione atriale acuta con la massima sicu-





“
**Nei soggetti
 responder
 la cardioversione
 con il vernakalant
 è stata ottenuta
 molto più
 velocemente**
 ”

rezza ed efficacia nel contesto clinico più appropriato. Questi percorsi clinici devono prevedere le varie possibilità, dalla terapia farmacologica alla cardioversione elettrica, da eseguirsi in ambiente protetto e adeguatamente attrezzato.

I costi di ospedalizzazione sono una componente importante dei costi complessivi connessi alla patologia. Quali sono, a suo avviso, le strade per incidere in modo significativo su questa componente di costo?

Fino a pochi anni fa quasi tutti i pazienti affetti da fibrillazione atriale acuta venivano ospedalizzati, con un costo globale di gestione molto elevato.

L'adozione dei percorsi condivisi e predefiniti, di cui ogni ospedale si dovrebbe dotare, ha permesso di ridurre drasticamente le percentuali di ospedalizzazione. Attualmente i centri più efficienti, dopo una breve osservazione in area d'emergenza, dimettono la grande maggioranza dei pazienti affetti da fibrillazione atriale acuta, prevedendo all'atto della dimissione percorsi di follow-up protetto. Credo che un'ampia diffusione di tale tipologia operativa potrebbe comportare non solo una netta riduzione dei costi, ma anche, e soprattutto, una maggiore efficacia ed efficien-

za clinica, con conseguente aumento della soddisfazione dei pazienti.

Con riferimento specifico alla terapia farmacologica della fibrillazione atriale acuta, l'EMA ha approvato nel settembre 2010 una nuova molecola, il vernakalant, non ancora introdotta nel mercato italiano. Di che cosa si tratta e quale impatto innovativo potrà avere la sua introduzione nella gestione della patologia?

Il vernakalant è il prototipo di una nuova classe di farmaci antiaritmici atrioselettivi, specificamente disegnato per la cardioversione farmacologica rapida della fibrillazione atriale acuta. Si è dimostrato superiore all'amiodarone in termini di efficacia (cioè di percentuale di cardioversioni) e soprattutto molto più rapido. Nei soggetti *responder* la cardioversione è stata ottenuta mediamente in 11 minuti. La breve emivita del farmaco consente inoltre la dimissione rapida dei pazienti in assoluta sicurezza. Credo che, se i dati finora comparsi in letteratura saranno confermati, la pratica clinica potrà essere influenzata sia in termini di scelta iniziale del farmaco, sia in termini di riduzione percentuale delle cardioversioni elettriche. ■ ML