

I registri servano ad aggiustare il tiro

Cesare Greco, Rosa Maria Manfredi

U.O.C. di Cardiologia III, Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Roma

G Ital Cardiol 2011;12(1):43-44

Gli studi BLITZ sono stati concepiti per analizzare l'attività delle unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) italiane, verificarne l'appropriatezza, migliorare la loro organizzazione e il livello di assistenza fornita e non per emarginare o chiudere quelle con minori risorse tecnologiche.

L'articolo di Oltrona Visconti et al.¹ ha il merito di riaprire il dibattito sulle modificazioni dell'attività delle UTIC intercorse negli ultimi anni, apportando il contributo di dati estesi ed aggiornati. Per inquadrare questa importante tematica è però opportuno partire dal momento in cui, nel 2005, la Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) diede inizio ad una campagna educativa a favore dell'applicazione del modello "Hub & Spoke" nella rete interospedaliera per l'emergenza coronarica; i contenuti della campagna erano scaturiti da una Conferenza di Consenso molto partecipata e riguardavano principalmente, ma non esclusivamente, il trattamento dell'infarto miocardico con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI)².

È bene ricordare gli obiettivi fissati allora dalla FIC nel Documento di Consenso, ancora molto attuali: 1) aumentare il numero dei pazienti che giungono vivi in ospedale; 2) aumentare la percentuale dei pazienti trattati con terapie di riperfusione; 3) accogliere in modo appropriato i pazienti con infarto miocardico acuto nelle strutture UTIC; 4) iniziare il più rapidamente possibile il trattamento riperfusivo; 5) rendere disponibili trattamenti adeguati per tutti i pazienti, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi; 6) assicurare il trattamento interventistico ai pazienti a più alto rischio.

Ricordiamo tutti le vivaci discussioni di quegli anni: c'era infatti chi paventava che la strategia di rete interospedaliera avrebbe portato a sottrarre alle piccole UTIC un'importante quota di infarti miocardici, trasferiti ai centri Hub di riferimento, con un depauperamento della loro attività in questo settore.

Valutando a distanza di tempo e con equilibrio i risultati ottenuti nell'implementazione degli obiettivi della strategia di rete, osserviamo che se il primo obiettivo è per ora completamente disatteso, per il secondo si sono fatti solo piccoli passi avanti: la percentuale degli STEMI riperfusi nelle UTIC è infatti andata lievemente aumentando nel tempo. Sorprendentemente neanche il terzo obiettivo è stato ancora raggiunto: proprio le analisi sulle schede di dimissione ospedaliera italiane, contenute nel secondo Documento di Consenso FIC³, hanno evidenziato come un numero ancora consistente di infarti miocardici, sia del tipo ad ST soprasslivellato che ad ST sottoslivellato

(rispettivamente il 20% e il 15%), venga ancor oggi trattato in reparti non cardiologici. Questi pazienti ricevono, indipendentemente dalle loro caratteristiche, meno trattamenti interventistici ed hanno una prognosi decisamente peggiore di quelli accolti nelle UTIC e nelle cardiologie.

Invece di tendere ad un trattamento riperfusivo precoce e ad una rivascolarizzazione appropriata e tempestiva, le reti interospedaliere hanno teso con i trasferimenti interospedaliere soprattutto ad aumentare la quota di trattati con angioplastica, talvolta selezionando a questo scopo i pazienti più giovani ed a rischio più basso (vedi obiettivi 4, 5 e 6), in una interpretazione tecnicistica della strategia di rete.

Non vi è quindi da stupirsi se, dal BLITZ⁴ all'IN-ACS Outcome (Boccanelli A., dati non pubblicati), i risultati della trombolisi e dell'angioplastica primaria in termini di mortalità a 30 giorni siano stati nei registri italiani, lungo un arco di quasi 10 anni, del tutto sovrapponibili (rispettivamente 6.4 vs 6.5% e 3.3 vs 3.7%) o se nel BLITZ-2⁵ il trattamento interventistico non abbia raggiunto l'efficacia attesa in termini di outcome. Stupisce invece il silenzio delle Società Scientifiche davanti a dati così eloquenti: nel caso dello STEMI infatti la mancanza di un vantaggio dell'angioplastica primaria è chiaramente da imputare al ritardo con cui questa viene eseguita rispetto alla trombolisi, ritardo ancora superiore ad 1h, malgrado gli sforzi organizzativi di abbreviare il tempo tra il primo contatto con il Servizio Sanitario Nazionale e la riapertura del vaso; è da più parti segnalato che questo ritardo, tra i trasferiti, è superiore ai limiti suggeriti dalle linee guida⁶.

Si è venuta a creare pertanto una situazione paradossale, a parte alcune esperienze di rete esemplari: i centri con emodinamica hanno in generale buoni risultati sia nello STEMI che nel non-STEMI; i pazienti trasferiti verso i centri di riferimento non ricevono una riperfusione precoce o comunque non vengono trattati in rapporto al loro rischio clinico e quindi non ottengono dalla strategia di rete un miglioramento della prognosi; nello stesso tempo la quota dei trasferimenti verso i centri Hub riduce l'attività delle UTIC periferiche in questo settore, portando a dubitare (è qui il paradosso) dell'utilità della loro esistenza. Questa tendenza è confermata dai risultati del lavoro di Oltrona Visconti et al.¹ dove il 23% dei pazienti con STEMI veniva trasferito dalle UTIC senza emodinamica a quelle con emodinamica; questo fenomeno, pur riguardando una minoranza dei pazienti, produceva visibili modificazioni della tipologia dell'afferenza, poiché nei centri di tipo B o C (con emodinamica) la percentuale di STEMI risultava notevolmente più elevata. Un andamento di questo genere è d'altra parte comune nelle aree di rete attive, dove nei centri Hub la percentuale di STEMI ricoverati è spesso molto più alta di quella dei non-STEMI. Non bisogna però commettere l'errore di addebitare alle UTIC Spoke l'impoverimento dei pazienti con infarto miocardico che

© 2011 Il Pensiero Scientifico Editore

Le opinioni espresse in questo articolo non riflettono necessariamente quelle dell'Editor del Giornale Italiano di Cardiologia.

Per la corrispondenza:

Dr. Cesare Greco U.O.C. di Cardiologia III, Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Via dell'Amba Aradam 9, 00184 Roma
e-mail: cgreco@hsangiovanni.roma.it

l'adozione della strategia di rete interospedaliera ha in qualche modo imposto loro. Il problema è semmai quello di orientare le strategie in una diversa direzione per renderle più efficaci su tutto il territorio: ciò appare prioritario rispetto all'estensione stessa della strategia di rete, pur diffusa in modo ancora insufficiente.

Un dato invece da stigmatizzare con forza è quel 57% di non ripperfusi tra gli STEMI trattati nelle UTIC senza emodinamica; ciò sembra materializzare uno dei maggiori timori derivanti dalla diffusione dell'angioplastica primaria in Europa: quello dell'abbandono della trombolisi e della conseguente riduzione della quota globale dei ripperfusi⁷. Si tratta di un problema di tipo "culturale": l'identificare la riperfusione con l'angioplastica porta a trascurare l'opzione della trombolisi anche quando questa sarebbe utilizzabile con vantaggio; non appare infatti credibile l'evenienza di controindicazioni alla trombolisi o di tempi precoronarici troppo lunghi per una riperfusione farmacologica in una percentuale così rilevante di pazienti. Le UTIC *Spoke* dovrebbero invece, proprio per la loro collocazione periferica, divenire il luogo dove la riperfusione può farsi più diffusa e più precoce, con l'utilizzo appropriato della trombolisi in rapporto al contesto organizzativo e con l'ausilio della teletrasmissione dell'elettrocardiogramma; i centri di riferimento con emodinamica interverrebbero dopo la lisi, in seconda battuta, come indicato con lungimiranza nel Documento di Consenso citato.

Crede che qui le Società Scientifiche debbano riprendere con forza l'azione, poiché la sola esistenza di reti interospedaliere non rappresenta su questo punto una garanzia.

Correttamente quindi il lavoro di Oltrona Visconti et al.¹ pone il problema della ridefinizione del ruolo dei centri *Spoke* in funzione della loro integrazione nella rete interospedaliera; esperienze in altri paesi suggeriscono scenari suggestivi e nello stesso tempo praticabili, a condizione di meditare sui risultati dei registri in questi ultimi anni, riproponendo protocolli efficaci ed orientati verso la precocità della riperfusione, già altrove utilizzati con brillanti risultati⁸.

È verosimile poi che, oltre a riprendere un ruolo attivo nella rete per l'emergenza coronarica, le UTIC periferiche possano impegnarsi nell'assistenza allo scompenso cardiaco, patologia che avrà una crescita esponenziale nei prossimi anni^{9,10} proprio a valle dell'episodio infartuale.

Non ritengo invece che i risultati del BLITZ-3, pur utili a meglio comprendere quanto accade oggi nelle nostre UTIC, possano portare a riconsiderare il rapporto tra popolazione e numero delle UTIC. Si tratta pur sempre dei risultati di un registro, per quanto numeroso e ben condotto: i dati del mondo reale sono però ben altra cosa e solo su quelli potremo basare valutazioni di questo tipo, come l'esperienza del confronto tra dati dei registri e dati dalle schede di dimissione ospedaliera ci ha insegnato in questi anni. Sarebbe più utile, invece, usare i registri per quello per cui sono stati concepiti: aggiustare il tiro dell'attività delle UTIC, avendo il coraggio di ripensare alla strategia di rete in termini meno tecnicistici e più concreti, perseguendo gli obiettivi della precocità della riperfusione e della priorità per l'alto rischio, adattando finalmente le strategie all'eterogeneità delle UTIC italiane, come avevamo enunciato di voler fare e come invece non abbiamo fatto.

BIBLIOGRAFIA

1. Oltrona Visconti L, Scorcu G, Cassin M, et al.; Ricercatori del BLITZ-3. Distribuzione e appropriatezza dei ricoveri ed utilizzo di risorse nelle unità di terapia intensiva cardiologica italiane. Lo studio BLITZ-3. *G Ital Cardiol* 2011;12:23-30.
2. Di Pasquale G, Bolognese L, Greco C, et al.; Federazione Italiana di Cardiologia - Società Italiana di Cardiologia Invasiva. Documento di Consenso. La rete interospedaliera per l'emergenza coronarica. *Ital Heart J* 2005;6(Suppl 6):5S-26S.
3. Di Pasquale G, Greco C, Casella G, et al. Documento di Consenso della Federazione Italiana di Cardiologia. Sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento del tratto ST. *G Ital Cardiol* 2009;10(Suppl 1-6):5S-43S.
4. Di Chiara A, Chiarella F, Savonitto S, et al.; BLITZ Investigators. Epidemiology of acute myocardial infarction in the Italian CCU network: the BLITZ study. *Eur Heart J* 2003;24:1616-29.
5. Di Chiara A, Fresco C, Savonitto S, et al.; BLITZ-2 Investigators. Epidemiology of non-ST elevation acute coronary syndromes in the Italian cardiology network: the BLITZ-2 study. *Eur Heart J* 2006;27:393-405.
6. Di Pedè F, Olivari Z; Ricercatori del Registro VENERE. Il trattamento dell'infarto miocardico acuto con ST soprasslivellato: applicabilità dell'angioplastica primaria nel Veneto. *Bollettino Epidemiologico Regionale del Veneto* 2005;5:5-8.
7. Fox KA, Cokkinos DV, Deckers J, Keil U, Maggioni A, Steg G. The ENACT study: a pan-European survey of acute coronary syndromes. European Network for Acute Coronary Treatment. *Eur Heart J* 2000;21:1440-9.
8. Danchin N, Coste P, Ferrieres J, et al.; FAST-MI Investigators. Comparison of thrombolysis followed by broad use of percutaneous coronary intervention with primary percutaneous coronary intervention for ST-segment elevation acute myocardial infarction: data from the French registry on acute ST-elevation myocardial infarction (FAST-MI). *Circulation* 2008;118:268-76.
9. Ezekowitz JA, Kaul P, Bakal JA, Armstrong PW, Welsh RC, McAlister FA. Declining in-hospital mortality and increasing heart failure incidence in elderly patients with first myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2009;53:13-20.
10. Torabi A, Cleland JG, Khan NK, et al. The timing of development and subsequent clinical course of heart failure after a myocardial infarction. *Eur Heart J* 2008;29:859-70.