- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.2 Thu, 10 Jul 2025, 05:30:36

In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL

Lo studio SHIFT. Rallentare. Sì! Ma ... come?

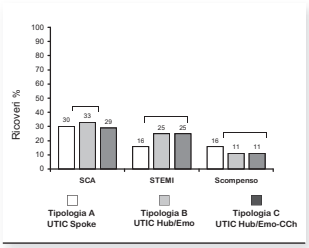
Lo studio SHIFT (Systolic Heart failure treatment with the I_f inhibitor ivabradine Trial) è stato presentato all'ultimo congresso della Società Europea di Cardiologia e contemporaneamente pubblicato online su *Lancet*. Si tratta di un trial randomizzato, multicentrico, in doppio cieco, controllato verso placebo in cui sono stati arruolati pazienti sintomatici con scompenso cardiaco cronico e disfunzione sistolica ventricolare sinistra. In questi pazienti, il trattamento con ivabradina in aggiunta alla terapia farmacologica raccomandata dalle linee guida attuali si è dimostrato in grado di ridurre l'endpoint primario dello studio costituito dall'insieme di morti cardiovascolari e nuove ospedalizzazioni per scompenso cardiaco. Il meccanismo fisiopatologico che sottende tale efficacia è stato individuato nella riduzione della frequenza cardiaca. Inoltre, l'effetto sull'endpoint primario appare tanto maggiore quanto più grande è la riduzione della frequenza cardiaca. Essendo l'ivabradina considerata un bradicardizzante "puro", non sembrerebbe esserci adito a contenziosi. Mai previsione fu così sbagliata! Di più, a differenza di altre volte, appare difficile conciliare le posizioni dei due "avvocati". La classe dei contendenti, *Claudio Rapezzi* e *Gianfranco Sinagra*, e la chiara diversità delle argomentazioni non potevano non regalare un confronto davvero epico. Leggere per credere! •

EDITORIALI

Ospedali per intensità di cura in Cardiologia: come conciliare la necessità di sviluppare nuovi modelli assistenziali in sanità con la qualità delle prestazioni erogate? Il *lean thinking* è applicabile alla sanità?

Nel 2001 Jane Smith, deputy editor del *British Medical Journal*, scriveva: *"il sistema sanitario non è in grado di fornire i trattamenti riconosciuti efficaci, continua ad impiegare trattamenti non basati sull'evidenza, produce ritardi e tollera elevati livelli di errore. Chi conta in sanità deve adesso riconoscere ... che il sistema necessita una radicale riorganizzazione"*.
Una delle frasi più celebri di Taiichi Ohno, ingegnere meccanico e padre del Toyota Production System, è la seguente: "*Tutto quello che dobbiamo fare è concentrarci sulle tempistiche, dal momento in cui riceviamo un ordine fino a quando incassiamo il pagamento, e fare di tutto per ridurle, eliminando le attività prive di valore aggiunto*".
Se volete conoscere il legame tra le due affermazioni precedenti e capire in che direzione si sta muovendo la rivoluzione (*re-engineering*) del sistema sanitario (*healthcare redesign*) italiano, non dovete far altro che leggere i contributi editoriali di *Gian Luigi Nicolosi, Alessandro Boccanelli* e *Francesco Maria Bovenzi* sul tema degli ospedali per intensità di cura. Introdotti da un'ampia prospettiva storica e clinica sui vari modelli assistenziali offerta dall'Editor *Leonardo Bolognese*. Un dibattito che appassiona e divide la comunità cardiologica italiana. •

STUDI OSSERVAZIONALI



Distribuzione e appropriatezza dei ricoveri ed utilizzo di risorse nelle unità di terapia intensiva cardiologica italiane. Lo studio BLITZ-3

Terzo capitolo degli studi BLITZ promossi dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO). Dopo l'epidemiologia dell'infarto acuto con sopraslivellamento del tratto ST (BLITZ-1) e delle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST (BLITZ-2), il BLITZ-3 ha preso in esame epidemiologia e risorse terapeutiche impiegate nelle unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC). Nell'analisi qui riportata, l'attenzione si è focalizzata sull'attività delle UTIC in termini di distribuzione e appropriatezza dei ricoveri, oltre che di impiego delle risorse tecnologiche disponibili. Una finestra fotografica di 14 giorni che ha visto il coinvolgimento dell'81% delle UTIC nazionali e l'arruolamento di 6986 pazienti. I dati sono stati analizzati in relazione alla tipologia delle UTIC (*Hub* o *Spoke*, dotate o meno di emodinamica e/o di cardiochirurgia) e alla gravità delle patologie che hanno causato i ricoveri.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.2 Thu, 10 Jul 2025, 05:30:36

> STUDI OSSERVAZIONALI

Come sempre i risultati sono molto interessanti. *Luigi Oltrona Visconti et al.* suggeriscono alcune linee d'azione per migliorare la qualità complessiva delle cure cardiologiche e concludono che *"i risultati del BLITZ-3 offrono alla comunità cardiologica italiana alcuni spunti di riflessione sulla necessità di riconsiderare il numero di UTIC necessario sul territorio nazionale, di ridefinire il ruolo delle UTIC Spoke in funzione della loro integrazione nella rete interospedaliera, di correggere il fenomeno dell'inappropriatezza del ricovero in UTIC di patologie a basso rischio"*. Ma l'articolo è ricco di altre informazioni preziose, da leggere.
I commenti editoriali di *Cesare Greco* e di *Marco Tubaro* hanno il pregio di cogliere gli elementi salienti della ricerca ed aprire una prospettiva storica sull'evoluzione delle UTIC italiane. Senza risparmiare qualche stoccata ... •

L'evoluzione delle unità di terapia intensiva cardiologica nell'era della rete interospedaliera *Hub* e *Spoke*: l'esperienza dell'Emilia-Romagna

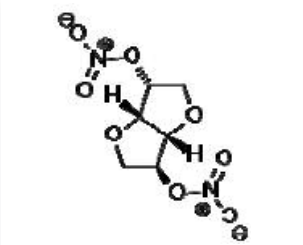
"L'istituzione delle unità di terapia intensiva coronarica (UTIC) negli anni '60 del secolo scorso è stata il primo e forse più importante progresso nel trattamento dell'infarto miocardico acuto". Assolutamente vero. Eppure, l'avvento dell'angioplastica primaria da protagonista nel trattamento dell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI), strettamente condizionata dal fattore tempo, ha costretto ad una revisione radicale del ruolo delle UTIC e ad una riorganizzazione degli ospedali in un sistema di rete interospedaliera *Hub* & *Spoke*, con un ruolo determinante del servizio territoriale di emergenza-urgenza offerto dal 118. Tale rivoluzione ha interessato, seppur in misura minore, anche i percorsi dei pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST.
Lo studio di *Pier Camillo Pavesi et al.* era mirato a valutare l'impatto dell'implementazione della rete interospedaliera per la riperfusione dello STEMI sull'attività complessiva delle UTIC. A tale scopo, la Regione Emilia-Romagna rappresenta di certo un'ambientazione privilegiata, trattandosi di una delle regioni italiane con il maggior livello di implementazione delle reti, se non la prima, e con la maggiore capacità di raccolta ed elaborazione dei dati amministrativi.
L'editoriale di *Antonio Di Chiara* pone a confronto questa indagine epidemiologica con l'analisi del BLITZ-3 pubblicata sullo stesso numero del Giornale, soffermandosi in particolare sul differente contenuto informativo e sul grado di rappresentatività dei due studi. •

RASSEGNE

Morte e Vita. Gustav Klimt, ca. 1911. Olio su tela. Vienna, Leopold Museum.

La desistenza terapeutica in unità di terapia intensiva cardiologica. L'arte perduta (o forse mai trovata) di umanizzare la morte

Bernard Lown, nel libro "L'arte perduta di guarire", affermava che *"I medici ... hanno esperienza nell'osservare il processo del morire e spesso possono plasmare il passaggio finale, come organizzatori dell'oscenità tecnologica oppure come guide di una fine serena"*. In questo lucido ed elegante articolo, *Massimo Romanò* ci ricorda che il tema della morte è molto presente in terapia intensiva cardiologica, mentre il medico è spesso poco preparato ad accompagnare il paziente verso tale evento. Quando considerare l'interruzione del sostegno invasivo alla funzione cardiaca, respiratoria o renale? Quando astenersi dalle manovre rianimatorie? Come e quando impostare terapie palliative? Una serie di quesiti di difficile soluzione, come tutti quelli che vedono intrecciarsi così strettamente clinica ed etica. Con serie implicazioni medico-legali. *"Non esistono certezze, se non la nostra inadeguatezza culturale e spirituale"*. Che dobbiamo assolutamente cercare di colmare. •

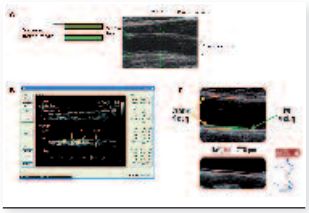


I nitroderivati in Cardiologia: attualità e incertezze

I nitroderivati sono entrati nell'uso clinico da circa due secoli, rappresentando un caposaldo dell'armamentario terapeutico del cardiologo dell'angina ma utilizzati anche in molteplici altre patologie. A dispetto della longevità, il loro uso tra i cardiologi è molto difforme, sia per quanto riguarda le dosi che le modalità di somministrazione, e troppo spesso facente capo a tradizioni empiriche e ad abitudini personali. Come spesso accade, ciò che conosciamo meno è ciò che crediamo di conoscere meglio. Per questo la rassegna di *Francesco Iachini Bellisarii et al.*, partendo dalle più recenti acquisizioni biochimiche e fisiopatologiche, appare particolarmente opportuna, oltre che molto completa.
L'impiego dei nitroderivati è osservato alla luce delle evidenze e delle raccomandazioni delle linee guida internazionali. Senza tralasciare uno sguardo al futuro. •

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.2 Thu, 10 Jul 2025, 05:30:36

> RASSEGNE



Vantaggi e limiti dello spessore intima-media carotideo e femorale come marker precoci di aterosclerosi

Lo spessore intima-media (IMT) della parete arteriosa carotidea o femorale è un riconosciuto marker precoce di aterosclerosi, oltre che un indicatore di "danno d'organo". Come tale, esso rappresenta un parametro surrogato spesso utilizzato per "misurare" l'impatto dei diversi fattori di rischio, pur in assenza di linee guida condivise sulle modalità di esecuzione della misura dell'IMT e sulla sua interpretazione. "Mancano ad esempio valori soglia di IMT associabili ad un aumento di eventi cardio- e cerebrovascolari, non è ancora definito il peso dell'IMT come fattore di rischio indipendente nel singolo soggetto, soprattutto se giovane e a rischio intermedio. Infine la regressione dell'IMT descritta in trial terapeutici con statine e farmaci antipertensivi è risultata associata ad una riduzione dell'incidenza degli eventi cardiovascolari modesta o del tutto assente." *Margherita Bernetti et al.* riassumono i principali vantaggi e limiti dell'uso dell'IMT carotideo e femorale; ne prospettano inoltre un utilizzo combinato per ridurre le limitazioni ed aumentare il significato clinico. •

CASO CLINICO

Il figlio dell'uomo (particolare), René Magritte, 1964. Olio su tela Collezione privata.

Occulto ma non invisibile

Viene descritto il caso di una donna di 79 anni, ricoverata per blocco atrioventricolare (BAV) 2:1. Nel corso dell'osservazione in unità di terapia intensiva, le caratteristiche del blocco sono cambiate da 2:1 stabile a BAV di secondo grado tipo Mobitz 2 o a BAV transitorio di primo grado. Caso clinico presentato da *Giuseppe Di Guardo* per cultori dell'ECG ... e non solo. •