- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.16.70.101 Fri, 26 Apr 2024, 00:14:54

In questo numero

PROCESSO AI GRANDI TRIAL

HF-ACTION: l'esercizio fisico può mettere KO lo scompenso?

Il trial alla sbarra in questo numero è l'HF-ACTION, che in una vasta popolazione con scompenso cardiaco stabile ha testato l'effetto dell'esercizio fisico su mortalità ed ospedalizzazione. Il trial ha dato un esito che ben si presta ad un'interpretazione articolata: trend positivo ma non significativo, se non dopo correzione per variabili prognostiche predefinite. Un'analisi approfondita del trial si rende dunque necessaria. La eseguono come al solito due autorevoli esperti, da punti di vista diversi. *Pier Luigi Temporelli* mette in evidenza un effetto di mascheramento dell'effetto benefico dell'esercizio per l'elevata quota di pazienti trattati con terapia farmacologica e non farmacologica (ICD/CRT) ottimale, oltre che per un numero non trascurabile di silenziosi "cross over", pazienti randomizzati a terapia convenzionale (con regime di vita abitualmente ma non forzatamente sedentaria) che hanno comunque praticato esercizio fisico. *Francesco Fattirolli* d'altra parte sottolinea alcuni limiti dello studio, in particolare il mancato conseguimento di livelli di esercizio fisico adeguati, livelli che nel mondo reale verosimilmente rappresenterebbero "target" ancora più improbabili che nel trial. Entrambe gli esperti concordano comunque sulla dimostrata sicurezza dell'esercizio fisico nello scompenso e sul suo positivo effetto sulla qualità della vita, che indipendentemente dal vantaggio prognostico, ancora *sub judice*, rappresentano valide ragioni per divulgarne l'impiego.

NUOVE COMPETENZE IN UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

Le nuove competenze del medico di UTIC (Unità di Tuttologia Incredibilmente Complessa)

Con questo numero del Giornale ha inizio una serie di articoli dedicati alle nuove competenze del medico di unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC). Una graduale ma profonda trasformazione sta interessando, ormai da tempo, le nostre UTIC, le quali dopo gli anni "ruggenti" dominati prima dalla defibrillazione elettrica delle aritmie ventricolari maligne frequenti in epoca pre-rivascolarizzazione, quindi dalla trombolisi dell'infarto con sopraslivellamento del tratto ST, sono state esentate dal trattamento acuto di buona parte delle sindromi coronariche, per il dilagare dell'angioplastica primaria e della trombolisi preospedaliera. Fortunatamente anche la fibrillazione ventricolare è divenuta piuttosto rara grazie ai benefici della rivascolarizzazione coronarica precoce. D'altro canto l'esplosione epidemiologica dello scompenso cardiaco ha popolato i letti d'UTIC di pazienti non necessariamente coronaropatici. Non a caso la "C" dell'acronimo "UTIC" oramai non sta più per "coronarica", ma indica una terapia intensiva "cardiologica" in senso lato. Questi pazienti, spesso anziani e con comorbilità polmonare e renale, possono beneficiare di dispositivi che fino a pochi anni or sono (e ancora oggi in molte realtà) non facevano parte dell'armamentario del cardiologo, ad esempio gli strumenti per la ventilazione e l'ultrafiltrazione. Similmente i dispositivi di assistenza cardiocircolatoria, un tempo esclusiva degli emodinamisti, sono in misura crescente gestiti dai cardiologi dell'UTIC. Anche sul versante internistico il cardiologo dell'UTIC è sempre più spesso chiamato a fronteggiare direttamente problematiche complesse: basti pensare alle infezioni nosocomiali del paziente critico e alle terapie palliative del malato terminale. Senza rinunciare all'originaria vocazione cardiologica e senza aspirare ad un improbabile ruolo polispecialistico, per il cardiologo dell'UTIC si rende quindi necessario un impegnativo allargamento delle proprie competenze. Questi ed altri temi che riguardano il nuovo ruolo del cardiologo dell'UTIC vengono trattati dall'articolo di *Giuseppe Fradella et al.* che introduce la serie. Gli autori sottolineano la necessità di favorire percorsi formativi e di accreditamento per consentire la diffusione delle nuove competenze. Viene tra l'altro enfatizzata l'importanza dei corsi di competenza clinica per il cardiologo dell'UTIC organizzati dall'Area Emergenza-Urgenza dell'ANMCO. A tale progetto di ampio respiro il Giornale, con questa serie di rassegne, vuole dare il suo contributo.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.16.70.101 Fri, 26 Apr 2024, 00:14:54

Via col … ventilatore

Il primo articolo della serie è dedicato alla ventilazione invasiva e non invasiva per il trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta. L'argomento è tradizionalmente di pertinenza anestesiologica è non privo di tecnicismi resi particolarmente ostici da una rapida espansione del numero delle metodiche di ventilazione e dalla crescente complessità della relativa strumentazione. La rassegna, ad opera di *Sergio Colombo* e *Alberto Zangrillo*, classifica in maniera ad un tempo rigorosa e sintetica le varie modalità di ventilazione, descrivendone principi, modalità, vantaggi e limiti; quindi elenca le comuni situazioni cardiache e broncopolmonari (edema polmonare, broncopneumopatia cronica ostruttiva, polmonite) in cui esse trovano applicazione. Si tratta di un'ottima sintesi tra aspetti di fisiopatologia respiratoria, tecniche di ventilazione e indicazioni cliniche. Da leggere assolutamente, in attesa del prossimo articolo della serie, ma ... domani è un altro giorno ...

RASSEGNE

Una sincope "*bestiale*"

La sincope vasovagale, la più comune delle perdite di coscienza, è stata ampiamente studiata, e negli ultimi anni è stata in un certo senso "declassata" da patologia a condizione parafisiologica basata su un riflesso presente nella maggiore parte degli individui. Questa acquisizione implica tuttavia un quesito ancora irrisolto: qual è la finalità di tale riflesso? A questa domanda tenta di dare risposta la rassegna di *Paolo Alboni et al.*, affrontando il tema da un punto di vista evoluzionistico. Attraverso un interessante approccio che potremmo dire di "fisiologia comparata" vengono analizzati fenomeni simili, accomunati da bradicardia e ipotensione, che avvengono nel mondo animale, quali l'"alarm bradycardia", la "tonic immobility" e le reazioni allo shock emorragico. Vengono quindi discussi i possibili vantaggi evolutivi di tali meccanismi, con una conclusione ipotetica che vede nella "cardioprotezione" in condizioni di stress estremo la spiegazione più convincente. Un articolo interessante, indubbiamente originale, elaborato da un gruppo di esperti di rilievo internazionale.

La faccia nascosta dell'asincronia

Nell'ultima decade, dopo l'avvento della stimolazione biventricolare, vi è stata una vera e propria esplosione di interesse per l'asincronia ventricolare (interventricolare e intraventricolare) quale marker meccanico predittivo, con maggiore attendibilità rispetto alla larghezza del QRS, di risposta alla terapia resincronizzante. L'interesse rimane, anche se smorzato dalla mancata dimostrazione di valore predittivo degli indici ecocardiografici da parte di trial multicentrici randomizzati. La rassegna di *Lanfranco Antonini et al.* si focalizza su un altro tipo di asincronia, di gran lunga meno studiata, quella atrioventricolare, distinguendo le forme spontanee (ad esempio il blocco atrioventricolare di primo grado con PR molto lungo) da quelle iatrogene, dovute al pacing, in particolare biventricolare. Viene sottolineato il ruolo del ritardo conduttivo interatriale che, in presenza di pacing atriale destro, condiziona una tardiva contrazione atriale sinistra nel ciclo cardiaco; questa anomala temporizzazione può risultare particolarmente sfavorevole nella stimolazione biventricolare, in cui al contrario il ventricolo sinistro risulta preeccitato. L'accorciamento dell'intervallo atrioventricolare sinistro "effettivo" può comportare una riduzione del tempo di riempimento ventricolare, con detrimento emodinamico. Viene ipotizzato che il mancato controllo di questi parametri possa contribuire ad una quota di "non-responders" alla terapia di resincronizzazione; viene inoltre proposto un semplice metodo per la stima ecocardiografica del ritardo interatriale, che in attesa di conferme di studi *ad hoc* può essere empiricamente impiegato per una programmazione personalizzata di dispositivi biventricolari, nel tentativo di aumentare la quota dei "responders". Anche per questi risvolti di potenziale rilievo pratico in un settore in grande espansione come quello della stimolazione biventricolare il lavoro di Antonini et al. è di notevole attualità.

STUDIO OSSERVAZIONALE

Ma è proprio vero che una telefonata allunga la vita?

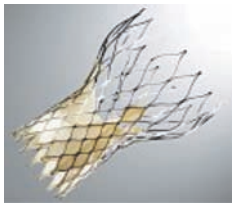
Il costante aumento dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico, via finale comune di svariate cardiopatie, impatta notevolmente sul consumo di risorse sanitarie. Da anni nel nord Europa, più recentemente in Italia, si tenta di fornire un follow-up a questa popolazione che sia efficace clinicamente, in termini di contenimento di mortalità e riospedalizzazione, e sostenibile economicamente. Si tratta di un difficile compromesso che richiede il ricorso a strategie diverse dalla tradizionale visita medica e specia-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.16.70.101 Fri, 26 Apr 2024, 00:14:54

listica; tra queste spiccano la visita infermieristica negli ambulatori scompenso "nurse-based", il follow-up telefonico, l'implementazione del "self-management" anche farmacologico (dose flessibile dei diuretici) basato sull'educazione del paziente e dei suoi familiari, talora con un feedback professionale consentito dalla telemedicina. Il ruolo dell'infermiere è centrale in queste strategie, coerentemente con l'accresciuta professionalità della figura infermieristica.
Lo studio di *Loredana Mainardi et al.* riporta un'esperienza piemontese che ha randomizzato 102 pazienti con scompenso cronico in classe NYHA ≥II a due strategie di follow-up infermieristico: una ambulatoriale, l'altra telefonica. Dopo un anno di follow-up in entrambi i gruppi sono stati registrati significativi miglioramenti in termini di qualità di vita e di frazione di eiezione ventricolare sinistra; la riospedalizzazione e la mortalità non hanno subito invece variazioni significative, anche in relazione alla limitatezza del campione e del follow-up. Il confronto tra le due strategie di follow-up non ha mostrato una chiara superiorità dell'una sull'altra. Quella telefonica, anche in assenza di un'analisi economica puntuale, è ovviamente meno dispendiosa rispetto a quella ambulatoriale, che tuttavia ha il vantaggio di favorire un rapporto più saldo tra infermiere e paziente, percepito da quest'ultimo come un elemento di maggiore sicurezza. Al di là dei risultati raggiunti, l'importanza del lavoro di Mainardi et al. risiede nel testimoniare un passaggio "epocale" nella gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico, che sancisce il ruolo centrale dell'infermiere professionale, in un modello assistenziale attualmente minoritario in Italia ma destinato a diffondersi.

DOCUMENTO DI CONSENSO

Io vorrei … non vorrei, ma … se vuoi



L'avvento delle tecniche percutanee per l'impianto di protesi valvolari aortiche costituisce una delle principali novità della cardiologia interventistica degli ultimi anni, che estende a pazienti considerati inoperabili o ad alto rischio i benefici della sostituzione valvolare. Come per molte innovazioni al loro esordio, l'atteggiamento del cardiologo clinico rispetto alle protesi valvolari percutanee può oscillare tra l'entusiasmo, lo scetticismo e l'incertezza, a causa dell'insufficiente esperienza diretta (scarsa o assente, in questa fase, per la maggior parte di noi) e della conoscenza talora superficiale della metodica. Il documento di consenso di *Santoro et al.*, espressione della Federazione Italiana di Cardiologia e della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca, offre un panorama sintetico ma completo della problematica, spaziando dalla descrizione delle protesi e delle tecniche di impianto al follow-up, e passando attraverso i requisiti strutturali dei centri di impianto e la "competence" degli operatori. Il merito principale del documento risiede tuttavia nel definire i criteri di selezione dei candidati, sulla base del consenso di autorevoli esperti in cardiologia interventistica, cardiochirurgia e cardiologia clinica. In attesa che vengano divulgate linee guida specifiche, il documento fornisce al cardiologo clinico utili strumenti per superare l'incertezza, lo scetticismo o il facile entusiasmo, ed individuare quei pazienti i quali, previa valutazione del cardiochirurgo e del cardiologo interventista, possono effettivamente beneficiare dell'impianto percutaneo di questi nuovi dispositivi.

BERNARD LOWN: L'ARTE PERDUTA DI GUARIRE

L'epilogo

Con questo numero termina la serie dedicata alla riproposizione integrale del libro di Bernard Lown, che ha destato grande interesse da parte dei lettori del Giornale. Interesse testimoniato da numerose lettere al Comitato Editoriale, con commenti in buona parte entusiastici, talvolta critici, comunque espressione della grande attualità che l'opera mantiene a parecchi anni dalla sua uscita. L'epilogo tratta principalmente i confini e i limiti del nostro mestiere: la vecchiaia e la morte. Lo fa con la consueta miscela di casi intensi, citazioni letterarie, considerazioni profonde e taglienti. Il messaggio che l'autore sembra lanciare ancora una volta è che proprio laddove la medicina si ferma, il medico può dare il meglio di sé: laddove la componente tecnica è destinata a fallire, quella umana, fatta di ascolto, comprensione, supporto e buon senso può fare la differenza. Lown ci porta, in un certo senso, a quel confine in cui la nostra scienza può diventare arte. Poi, con una sorta di colpo di teatro, il libro si chiude con un paragrafo intitolato "l'arte di essere un paziente": un monito che prima o poi ci capiterà di esserlo? Più probabilmente un artifizio per riproporre da una prospettiva capovolta i limiti del medico "moderno" nell'ascoltare capire e curare il paziente difficile: quello antipatico, verboso, impreciso o fuorviante. Infine dopo l'ultima frase, che sinteticamente delinea il medico ideale per un generico paziente, Lown pare lasciarci davanti ad un enigmatico specchio, in cui ognuno di noi può sentirsi, sdoppiato nella propria immagine, paziente in cerca di un vero medico, ovvero medico alla ricerca di sé stesso, e di quella decisiva scintilla che almeno una volta, forse molti anni prima, aveva acceso il desiderio di apprendere e praticare l'arte di guarire.