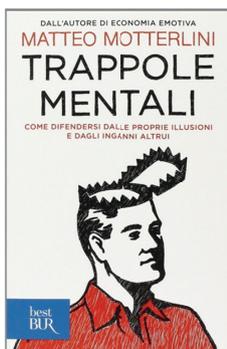


In questo numero

ARTICOLO SPECIALE



Decisioni mediche tra intuizioni e razionalità

L'articolo speciale di Natale per l'ultimo numero dell'anno 2017 del Giornale è a cura di *Matteo Motterlini*, filosofo e neuroeconomista, noto nel settore per la sua rilevante produzione scientifica in ambito psicoeconomico su processi decisionali, emozioni e razionalità umana. Si tratta di un focus sui meccanismi della nostra mente e sui tranelli che essa ci tende quotidianamente. Molto spesso le nostre decisioni sono basate su false intuizioni, pseudoragionamenti e cortocircuiti cerebrali. Motterlini mostra come sia possibile difendersi dalle proprie illusioni che possono portarci fuori strada. Gli errori prodotti dalla

nostra mente nel ragionare e nel decidere, anche in ambito medico, sono frutto di quelle che l'autore definisce "trappole mentali". Nell'articolo vengono proposti alcuni esempi tratti dal suo libro "Trappole mentali: come difendersi dalle proprie illusioni e dagli inganni altrui". La tendenza ad essere influenzati dalla prima cosa a cui abbiamo pensato, l'autocompiacimento, ovvero l'influenza dell'ego sulle nostre valutazioni, l'illusoria ossessione per il rapporto causa-effetto, l'illusione di certezza costituiscono le principali trappole mentali. Un momento di riflessione su questi temi può essere di stimolo per ridurre gli errori medici che sistematicamente commettiamo, almeno quelli che dipendono dai processi cognitivi che ogni giorno mettiamo in atto. •

PROCESSO AI GRANDI TRIAL



In medio stat virtus

Negli ultimi anni si è assistito ad un utilizzo sempre crescente della procedura di impianto transcateretere di valvola aortica (TAVI) come strategia di trattamento del paziente con stenosi aortica severa. Inizialmente questo tipo di approccio mini-invasivo era rivolto a pazienti con un rischio operatorio molto alto e quindi giudicati

inoperabili. Tuttavia si moltiplicano i registri e le casistiche che segnalano una scelta di questo approccio anche per pazienti con un rischio intermedio ed età elevata. *Giorgio Baralis, Giuseppe Musumeci e Francesco Musumeci* ci illustrano i risultati dello studio SURTAVI, studio prospettico randomizzato a TAVI vs chirurgia in pazienti a rischio intermedio con impianto di valvole CoreValve ed Evolute R. •

EDITORIALE



50 anni di bypass aortocoronarico

Il 2017 è per la Cardiologia e la Cardiochirurgia l'anno degli anniversari. Dopo quello dei 40 anni dell'angioplastica coronarica avvenuto in settembre è la volta dei 50 anni del bypass aortocoronarico. Si deve al cardiocirurgo argentino René Favaloro nel 1967 il primo intervento di bypass aortocoronarico con l'utilizzo di vena safena e circolazione extracorporea. Da quel momento vi è stato in tutto il mondo una progressiva diffusione di questa innovazione terapeutica che ha rivoluzionato il trattamento della cardiopatia ischemica. *Luca Di Marco et al.* ripercorrono la storia affascinante del bypass

aortocoronarico sottolineando le tappe più importanti costituite dall'utilizzo dell'arteria mammaria interna come alternativa alla vena safena, l'intervento a cuore battente, fino all'avvento delle tecniche mini-invasive con l'approccio endoscopico e la chirurgia robotica. Il numero di interventi di bypass aortocoronarico si è notevolmente ridotto negli ultimi 20 anni per effetto della diffusione dell'angioplastica coronarica. Il ruolo di questo intervento rimane tuttavia fondamentale per i pazienti non candidabili alla rivascolarizzazione percutanea per la complessità delle lesioni coronariche, anche in considerazione del successo a lungo termine delle nuove procedure di rivascolarizzazione chirurgica. •

QUESTIONI APERTE



Impegnamoci nel "Choosing Wisely"

Il problema dell'appropriatezza è discusso quotidianamente e interessa tutte le discipline. In ambito medico le decisioni e i comportamenti inappropriati generano conseguenze non trascurabili sia a livello clinico (rischi), sia a livello economico (sprechi), sia a livello etico (ricorso a esami e

interventi inutili in un sistema caratterizzato da risorse finite). Varie sono state le strategie rivolte a ridurre le attività mediche inappropriate, come ad esempio l'imposizione di ticket o restrizioni alla vendita di alcuni farmaci. Ma in realtà occorre da parte della comunità medica un processo di maturazione e di conoscenza approfondita. La campagna "Choosing Wisely", cui hanno aderito 18

> QUESTIONI APERTE



paesi e oltre 70 società scientifiche, si occupa della diffusione delle raccomandazioni riguardanti l'appropriatezza delle pratiche diagnostico-terapeutiche. Per ottenere risultati concreti, come sottolineano *Fulvio*

Camerini et al., si rendono però necessari un rigoroso e sistematico meccanismo di valutazione dei risultati e una più ampia diffusione e adesione della comunità medica e dei cittadini. •

I cardiologi non possono più fare a meno dello smartphone!

Tutti ormai abbiamo uno smartphone con numerose app, che ci semplificano la vita. Ed accade così anche in ambito medico, dove lo smartphone in breve tempo fornisce numerose informazioni. Lo usiamo infatti per consultare le schede tecniche dei farmaci, le linee guida delle Società Scientifiche nazionali ed internazionali sulle patologie, gli score di rischio dei pazienti. Ma come ci raccontano *Giulia Elena Mandoli et al.* le applicazioni in Cardiologia si stanno espandendo, perché gli smartphone permettono di monitorare i parametri vitali e permettono una comunicazione medico-paziente anche

mediante la condivisione di documenti e immagini. Inoltre si è recentemente assistito ad un'ulteriore evoluzione: il cardiologo collegando una sonda direttamente allo smartphone e scaricando un'apposita app, può usare il proprio smartphone come monitor ecografico portatile, permettendo un esteso utilizzo dell'ecografia, dall'ambulatorio all'emergenza territoriale. Lo stesso smartphone può anche diventare un elettrocardiografo portatile. Per fare decollare il progresso tecnologico avvenuto, si rende però necessaria un'integrazione degli smartphone con gli attuali sistemi di gestione dei dati sanitari, per cui occorre un coinvolgimento del Sistema Sanitario Nazionale non solo in ambito organizzativo, ma anche giuridico. •

RASSEGNE



The X files

Quante volte nella pratica quotidiana, pazienti con dolore toracico tipico hanno poi coronarie epicardiche completamente indenni? A questo punto il clinico è chiamato comunque a formulare una diagnosi diversa dalla solita "SCA", "STEMI", "angina stabile". Per risolvere questo talvolta imbarazzante quesito negli anni si sono raccolte sempre più evidenze

circa il ruolo del microcircolo nella genesi del dolore toracico a coronarie indenni. *Vincenzo Sucato et al.* propongono una completa e interessante rassegna con l'obiettivo di descrivere l'angina microvascolare partendo dai sintomi e fattori di rischio, passando per le ipotesi fisiopatologiche, fino ad arrivare alle nuove tecniche diagnostiche ed approdare alle possibili terapie. •



Rivascolarizzazione completa vs solo culprit nello STEMI

Negli ultimi anni sono stati molti i trial che hanno cercato di chiarire se fosse meglio trattare tutti i vasi malati di pazienti con STEMI e coronaropatia multivasale o solamente la lesione culprit (PRAMI, CvLPRIT, PRAGUE-13); poi era necessario definire il corretto timing della rivascolarizzazione, qualora il completamento venisse considerato come strategia vincente (CvLPRIT, DANAMI-3-

PRIMULTI e PRAGUE-13) ed infine si è dovuto comprendere come identificare le lesioni non culprit e suscettibili di rivascolarizzazione, ponendo a confronto l'approccio solo angiografico e l'approccio funzionale. *Giulia Bugani et al.* riassumono in una brillante rassegna tutte le evidenze presenti in letteratura, sottolineando come nell'incertezza, l'unico caposaldo rimanga l'ottimizzazione della terapia medica con i nuovi e potenti antiaggreganti piastrinici (ticagrelor e prasugrel). •



Add-on vs up-front

L'ipertensione polmonare rappresenta una delle patologie che più costituiscono una sfida per il cardiologo, visto l'inesorabile decorso progressivo e spesso infausto dei pazienti affetti e trattati per questa patologia. *Beatrice Pezzuto et al.* propongono un'interessante analisi delle possibili strategie terapeutiche in atto, confrontando in particolare la strategia "add-on" o sequenziale, spesso più utilizzata e che consiste nell'aggiungere

un secondo farmaco dopo 4-6 mesi di trattamento con un primo farmaco che non è stato sufficiente per il raggiungimento del target clinico, vs la strategia "up-front" o di combinazione di due farmaci già come primo approccio terapeutico. Analizzando i dati di tutta la trialistica, sembrerebbe più auspicabile l'utilizzo dell'approccio "up-front", visti i successi ottenuti in termini di outcome clinico e funzionale, ma ulteriori studi di conferma sono necessari prima di confermare la superiorità sull'approccio "add-on". •

STUDIO OSSERVAZIONALE



Sindrome coronarica acuta: la riabilitazione cardiologica deve essere implementata

La riabilitazione cardiologica è raccomandata per ridurre la mortalità, le nuove ospedalizzazioni e la morbilità dei pazienti che sono stati ricoverati per una sindrome coronarica acuta, con o senza soprasslivellamento del tratto ST. Purtroppo in molti pazienti questo percorso di cura post-dimissione non viene effettuato. Nello studio osservazionale di *Sara Doimo et al.* viene illustrato il modello ambulatoriale di riabilitazione del Dipartimento Cardiovascolare presente nella città di Trieste. Dal 2009 al 2015 è stato compilato un registro osservazionale di tutti i pazienti riferiti alla Struttura di Riabilitazione del Cardiopatico. Complessivamente sono stati arruolati 3088 pazienti consecutivi (età media 70 ± 11 anni) affetti da infarto miocardico recente o dopo essere stati sottoposti a procedure di rivascolarizzazione coronarica mediante bypass aortocoronarico o angioplastica, per un periodo di riabilitazione di 5 ± 4 mesi. Il percorso era costituito da cicli di ginnastica

riabilitativa, controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, consulenze nutrizionali e supporto psicologico. Inoltre nei pazienti venivano prescritte le terapie mediche raccomandate e titolate nel tempo, tanto che al termine del periodo riabilitativo il 96% assumeva terapia antiaggregante, il 79% assumeva betabloccanti e l'87% statine. Ad un follow-up medio di 4.4 ± 2 anni, la mortalità totale è stata dell'11% e il 3% dei decessi è avvenuto per cause cardiovascolari, di cui lo 0.7% entro i primi 12 mesi. Gli anziani, le donne, i diabetici e i pazienti con disfunzione ventricolare sinistra si confermano categorie ad alto rischio di eventi e di mortalità, meritevoli di trattamenti di prevenzione secondaria precoci, mirati e intensivi. Lo studio sottolinea comunque l'importanza di una sistematicità di approccio, mediante protocolli specifici, sia nel riferire i pazienti alla riabilitazione cardiologica, sia nella pianificazione e gestione di tutto il percorso riabilitativo. La concomitante compilazione di un registro osservazionale si è dimostrata utile per il monitoraggio e il miglioramento della qualità delle cure. •

CASI CLINICI



Come domare uno stentis

Alberto Barioli et al. descrivono un caso relativo al recupero di uno stent (Stentys S.A.) che al momento del rilascio, migrava in posizione distale. Il team di emodinamisti è riuscito a recuperare e riposizionare correttamente il dispositivo dopo "re-sheating", ottenendo un buon successo

procedurale. Questo particolare tipo di stent autoespandibile in nitinolo è dotato di un nuovo sistema di rilascio su guaina che dovrebbe evitare il "geographic missing". Tuttavia il caso dimostra come in pazienti con particolari anatomie coronariche sia ancora possibile un posizionamento inaccurato dello stent. •



Un Fogarty interessante

Il fibroelastoma papillare è un raro tumore cardiaco, la cui diagnosi è lievemente aumentata grazie alla maggiore risoluzione delle tecniche di imaging cardiaco. *Alessandro Minati et al.* raccontano però il caso clinico di una ragazza di 33 anni, trattata con una disostruzione dell'arteria femorale comune con catetere di Fogarty

per una claudicatio intermittens in cui solamente l'esame istologico era stato in grado di confermare la presenza di un fibroelastoma, data la iniziale negatività di tutte le tecniche di imaging. Tuttavia, al follow-up ecocardiografico a 3 mesi è stata poi rinvenuta una massa pendunculata adesa al lembo anteriore della mitrale che una volta rimossa si è rivelata essere un fibroelastoma. •