- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.7 Tue, 15 Jul 2025, 21:13:21

Corrispondenza

DES (i.e. Don't Exaggerate the Story)

"O que será que será
Que andam sussurrando em versos e trovas
Que andam combinando no breu das tocas
Que anda nas cabeças, anda nas bocas
Que andam acendendo velas nos becos
Que estão falando alto pelos botecos
Que gritam nos mercados
Que com certeza está na natureza ..."
Chico Buarque

Al Co-Editor. Lo stent ad eluizione di farmaco (DES) è sicuramente una buona cosa: è capace di ridurre fortemente la restenosi angiografica (e conseguentemente la recidiva clinica) in molte situazioni clinico-angiografiche, forse (più o meno marcatamente) in tutte.

C'è molta eccitazione, forse comprensibile, tra i Cardiologi Interventisti per il DES, i cui vantaggi sono argomento di innumerevoli report ed editoriali. L'aspettativa si sta anche diffondendo indiscriminatamente nei pazienti.

Si moltiplicano sulle principali riviste le analisi farmaco-economiche dei database degli studi sui DES, per valutare se e quanto essi siano "cost-effective".

Se il prezzo di vendita dei DES fosse poco diverso da quello dello stent metallico ordinario (BMS), non ci sarebbero eccessive questioni di costo-efficacia e potremmo offrire il DES a tutti i pazienti che rientrano nelle categorie di provata efficacia. Così non è oggi. Il prezzo dei DES, per motivi anche comprensibili di mercato, viene per ora mantenuto assai elevato.

In pratica, si sta ripetendo la situazione che abbiamo visto nei primi anni '90 quando divennero disponibili i BMS Palmaz-Schatz per uso coronarico.

Credo si debba mantenere una visione critica e pragmatica della realtà assistenziale. Ad oggi non è dimostrato che il DES riduca gli eventi gravi (morte e infarto) rispetto al BMS; il follow-up a 5 anni è disponibile in un numero esiguo di pazienti; il prezzo dei DES è in calo per effetto della crescente competizione sul mercato. In più Regioni Italiane, i Decisori Pubblici ed i Cardiologi hanno collaborato per produrre documenti di consenso sull'utilizzo dei DES, con quattro scopi fondamentali: 1) identificare indicazioni preferenziali all'utilizzo dei DES in situazioni di presumibile maggior beneficio; 2) consorziare l'acquisto dei DES in quantitativi tali da ottenere riduzioni del prezzo; 3) governare in tal modo l'eccesso immediato di richiesta di spesa da parte delle Aziende Ospedaliere; infine 4) tentare di garantire omogeneamente l'accesso al DES a tutti i pazienti che ne possono trarre il maggior beneficio. Queste iniziative mi sembrano adeguate al contesto attuale. Con il presumibile calo dei costi dei DES, la spinta a restringerne l'uso perderà scopo e vigore.

Non condivido l'ansia e il senso di colpa di molti Cardiologi Interventisti per l'attuale "impossibilità" ad usare il DES in tutti i pazienti. È singolare che in questi stessi pazienti arteriopatici che ora trattiamo con i BMS (e vorremmo sempre più trattare con i DES), continuiamo regolarmente a non curare in modo appropriato la prevenzione secondaria – che pure è provatamente efficace nel ridurre gli eventi gravi ed è codificata da linee guida esplicite – senza ricavarne un particolare senso di colpa o di inadeguatezza. Se molti aspetti della qualità dell'assistenza sono migliorabili, dovrebbero essere privilegiati quelli che più provatamente incidono sugli eventi più gravi.

È verosimile, ma non ancora dimostrato, che il DES si riveli un'alternativa clinicamente vantaggiosa rispetto al bypass aortocoronarico in alcuni gruppi di pazienti. È probabile quindi che si debba nel prossimo futuro ripensare l'allocazione pubblica di risorse e di rimborsi DRG alla Cardiologia Interventistica ed alla Cardiochirurgia su base nazionale. Questa operazione presuppone una visione di insieme del trattamento di tutti i pazienti con cardiopatia ischemica che giungono ai nostri ospedali, che si

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.7 Tue, 15 Jul 2025, 21:13:21

può basare solo su dati osservazionali completi e rigorosi, raccolti prospetticamente in registri adeguati in Centri campione opportunamente selezionati. Questa è una delle iniziative che, a mio avviso, l'ANMCO e la SIC dovrebbero promuovere sin d'ora, per produrre dati obiettivi adeguati a orientare e gestire un prossimo cambiamento di grande portata assistenziale.

Giuseppe Steffenino
Laboratorio di Emodinamica
Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle
Cuneo

Un aggettivo, tre riflessioni

"Ma i Re che incarnano un'idea non possono,
non devono scendere per generazioni
al di sotto di un certo livello;
se no anche l'idea patisce"
Giuseppe Tomasi di Lampedusa, *Il Gattopardo*

Al Co-Editor. Durante l'attività ambulatoriale del mattino, si presenta allo sportello un tale con una richiesta di visita cardiologica da eseguirsi entro 3 giorni, il ben noto "bollino verde": il motivo clinico posto dal medico di base a giustificazione della richiesta è, letteralmente, *"aritmia saltatoria"*. Il mio stupore (che il paziente, data la stagione estiva, avesse fatto indigestione di una frittura di rane?) è durato un attimo: semplicemente quel tale doveva aver riferito al suo curante di aver notato che "al polso saltava qualche battito", e conseguentemente il medico aveva formulato il suddetto quesito clinico, di aritmia saltatoria per l'appunto.

Confesso che, espletata la visita, ero fortemente tentato di inviare la richiesta mutualistica in originale all'Ordine dei Medici, con due righe di accompagnamento, ma poi ho pensato che era un inutile spreco di tempo e di carta, ben sapendo come in Italia gli Ordini dei Medici siano *in tutt'altre faccende affaccendati* che a richiamare i propri iscritti a un minimo di dignità e decoro nei confronti della professione. E se è vero che tra tutte le categorie di professionisti allignano esempi di ignoranza, trasandatezza e superficialità, alcuni Ordini invero, ad esempio quello degli Avvocati, prevedono ben precise regole deontologiche anche solo di comportamento e decoro professionale, fino a richiami scritti e sanzioni disciplinari (credo impossibile, per un avvocato o un giudice, arrivare in Tribunale in luglio in bermuda e sandali infradito ai piedi ...).

Ma tornando all'aritmia saltatoria – seconda considerazione – essa, oltre che della fantasia sbrigliata di quel medico, è lontana ma pur sempre figlia anche di un progressivo, continuo e inarrestabile mal utilizzo, disuso e scarsa conoscenza della lingua italiana: *"L'italiano non è l'italiano, è il ragionare"*, scriveva Leonardo Sciascia in un noto dialogo nel breve racconto *Una storia semplice*. E tornano alla mente le parole di Augusto Murri, per il quale specchio della logica sulla pagina scritta, ad esempio per i medici sulla cartella clinica, è la precisione del linguaggio: *"... per fissare la relazione che corre tra due fenomeni, bisogna che il linguaggio sia preciso. Se si usa la stessa parola per due fenomeni diversi, si pecca gravemente contro il buon senso, perché in tal modo l'errore entra inavvertito nella nostra mente. Chi non impara a parlare, disimpara a pensare. Il lavorio logico della mente comincia già dalla parola che usiamo ..."*. Sarebbero saltati sulla sedia, i baroni di un tempo, a leggere "il paziente accusa ..." , "rantoli basilari", "ottimizzare la terapia", "gestione del paziente", "relato a" e via dicendo ... E chi non ricorda, tra gli studenti di Clinica Chirurgica di Milano negli anni '60 e '70, quel famoso detto del Prof. Gallone sul suo testo di Patologia Chirurgica? *"Le preziose mani rubate alla vanga ..."*.

Infine un'ultima considerazione. Si richiedono gli aggiornamenti obbligatori, i punti, gli ECM; ma io molto semplicemente mi chiedo se, di fronte a preclari esempi di ignoranza, gli organismi competenti non abbiano il dovere, nell'interesse della salute pubblica, di ricontrollare l'idoneità all'abilitazione all'esercizio professionale, magari con qualche mese di riaggiornamento obbligatorio. Se l'esempio qui segnalato induceva al sorriso, non altrettanto può dirsi di altre affermazioni mediche di ben altra portata: si pensi, per restare ad un recente notissimo fatto di cronaca quale la tragedia di Cogne, alla diagnosi di rottura, anzi di scoppio, di congenito aneurisma cerebrale di fronte al cranio sanguinante e maciullato di un bambino di 3 anni! "Uscite" a dir poco strampalate, vere e proprie punte di iceberg che imporrebbero un accurato controllo da parte di qualche commissione medica per vedere cosa c'è sotto.

Forse, se si chiudessero le stalle prima dell'uscita dei buoi, sui giornali si leggerebbero meno frequentemente casi di malasanità.

Francesco Fiorista
Divisione di Cardiologia
Ospedale San Carlo Borromeo
Milano