- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.7 Tue, 15 Jul 2025, 21:23:08

Il ritardo decisionale del soggetto colpito da infarto miocardico

Enrico Geraci

Consulente per la Cardiologia, Azienda Ospedaliera "V. Cervello", Palermo

(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 47S-49S)

© 2004 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Prof. Enrico Geraci

Consulente per la Cardiologia
Azienda Ospedaliera "V. Cervello"
Via Trabucco, 180
90146 Palermo

È di vitale importanza che una persona colpita da infarto miocardico acuto (IMA) riceva adeguato soccorso il più presto possibile (idealmente entro 1 ora dall'inizio dei sintomi[1]) per due motivi principali[2,3]:

- perché l'arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare, che è una complicanza frequente dell'IMA, avviene solitamente nelle primissime ore, e solo se il paziente si trova a portata di defibrillatore elettrico può sopravvivere;
- perché la quantità di muscolo cardiaco che può essere salvata riaprendo l'arteria coronaria occlusasi è massima se si interviene molto presto (mediante trombolisi farmacologica oppure dilatando il vaso con intervento percutaneo), mentre dopo le prime 2 ore il beneficio della riperfusione si riduce notevolmente.

Purtroppo ancora oggi troppe persone colpite da infarto arrivano in ospedale in ritardo, con conseguente ridotta o nulla possibilità di salvare quantità rilevanti di miocardio. Nel recente studio BLITZ[4], condotto in Italia dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), solo il 48% dei pazienti giungeva in ospedale entro 2 ore dall'esordio dei sintomi (e pochissimi entro 1 ora); il 28% arrivava fra 2 e 6 ore, il 10% fra 6 e 12 ore e il 14% oltre le 12 ore. Pertanto più della metà degli infartuati non può fruire in misura ottimale o comunque importante delle terapie oggi disponibili, e almeno 1 paziente su 7 non ne trae praticamente alcun beneficio.

Dieci anni prima, nel 1991, in un analogo studio organizzato dall'ANMCO e dall'Istituto "Mario Negri" (GISSI-Avoidable Delay Study Group[5]), le corrispondenti quote erano state: 34% dei pazienti giunti entro 2 ore, 29% fra 2 e 6 ore, 14% fra 6 e 12 ore, 23% oltre le 12 ore. Dunque in 10 anni le cose sono migliorate ma non di molto. Si noti che la situazione è analoga anche negli altri paesi occidentali[6].

Tempi precoronarici e relativi ritardi

Sono stati chiamati "tempi precoronarici" gli intervalli temporali in cui può suddividersi la sequenza di eventi concernenti l'assistenza ai pazienti colpiti da IMA (Fig. 1).

Il tempo precoronarico complessivo, ossia l'intervallo che intercorre tra l'inizio dei sintomi di infarto e l'inizio della terapia (possibilmente riperfusiva, con angioplastica o trombolisi) suole essere suddiviso in tre segmenti: tempo decisionale (fra l'inizio dei sintomi e il momento in cui il paziente decide di cercare soccorso), tempo casa-ospedale (fra l'inizio della ricerca di soccorso e l'arrivo in ospedale) e tempo intraospedaliero (fra l'arrivo in ospedale e l'inizio della terapia riperfusiva). In seno a ciascuno di questi segmenti temporali avvengono abitualmente ritardi di vario tipo (potenzialmente più o meno evitabili), ma la perdita di tempo più rilevante suole essere quella dovuta all'esitazione dei pazienti nel decidere di

INIZIO SINTOMI	>>>>>>>>>>>>	INIZIO RICERCA	>>>>>	ARRIVO IN OSPEDALE	>>>>	INIZIO TERAPIA
	tempo decisionale			*tempo casa-ospedale*		*tempo intraospedaliero*

Figura 1. *I principali tempi precoronarici.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.7 Tue, 15 Jul 2025, 21:23:08

cercare soccorso ("ritardo decisionale"). Ciò è stato osservato sia nell'ambito dei due studi italiani sopracitati che in tutti gli studi analoghi eseguiti in altri paesi negli ultimi 20 anni.

Tentativi di ridurre il ritardo decisionale

Fra il 1982 e il 1996 vennero condotte, nel Nord America e in Europa, alcune campagne di informazione-educazione del pubblico basate essenzialmente sui mezzi di comunicazione di massa. I risultati furono sostanzialmente deludenti; nella tabella I[7-9] sono riassunti quelli degli studi più importanti.

In una revisione del 1996[6] il gruppo coordinato da Herlitz concludeva: "La sfida per ridurre il ritardo tra l'esordio dell'infarto e l'inizio della terapia rimane aperta. Le campagne condotte finora non si sono dimostrate vincenti, e non è affatto certo che ulteriori campagne (di questo tipo) faranno di meglio ... Dovremo avviare nuovi tipi di campagne per vedere se una differente tipologia di messaggi è più adatta a modificare i comportamenti della gente in questa situazione che pur comporta un rischio mortale".

Lo studio REACT

Il più importante studio di questo genere è stato il REACT (Rapid Early Action for Coronary Treatment)[10], condotto negli Stati Uniti nell'arco di 4 anni nella seconda metà degli anni '90, randomizzato, supportato fondamentalmente da un organismo governativo, il National Heart, Lung, and Blood Institute. Esso ha comportato un formidabile sforzo organizzativo, articolato in quattro strategie di intervento: organizzazione nelle comunità (vennero coinvolte 20 città in 10 stati); educazione del pubblico (con un programma di 18 mesi); educazione degli operatori professionali (medici, infermieri, staff riabilitativi, staff dei dipartimenti di emergenza, staff delle ambulanze); educazione specifica dei pazienti con storia di cardiopatia ischemica o con fattori di rischio. Ebbene, anche i risultati del REACT sono stati deludenti. Il tempo fra l'inizio dei sintomi e l'arrivo in ospedale dei pazienti con dolore toracico acuto non ebbe significative variazioni, anche se nelle comunità, oggetto degli interventi, aumentò l'uso appropriato dei servizi di emergenza medica. Gli autori hanno concluso: "Sono necessarie nuove strategie se nei pazienti con sospetto IMA il ritardo fra l'inizio dei sintomi e l'arrivo in ospedale deve essere davvero ridotto".

La ricerca di nuove strategie

È innanzitutto necessario riesaminare i fattori che influenzano il tempo decisionale dei pazienti nei diversi contesti, aggiornando i dati non più recenti come hanno fatto il BLITZ[4] ed altri studi pubblicati negli ultimi anni[11-15]. Ma è altrettanto o forse più importante analizzare i possibili motivi dei fallimenti finora registrati, e in questa logica i ricercatori del REACT propongono un approccio messo a punto tenendo conto dei deludenti risultati del loro trial, approccio chiamato TIME[16] riassunto nella tabella II.

Un altro esempio di strategia innovativa è quello del progetto Heart Attack Survival Kit, definito dagli autori[17] come "un intervento designato a stimolare l'attitudine degli anziani a rispondere appropriatamente ai sintomi di IMA" e basato su due tipi di approccio: consegna diretta porta-a-porta, da parte di un tecnico dell'emergenza medica, di un kit contenente istruzioni illustrate, aspirina, ecc., oppure invio del medesimo kit per posta. Il messaggio era semplice: chiamare il 911 (da noi sarebbe il 118) e prendere un'aspirina. I risultati (valutati però con interviste telefoniche, non sul campo) sono stati favorevoli, specie per l'approccio porta-a-porta.

Conclusioni

Il ritardo decisionale del paziente nel cercare soccorso costituisce la componente principale del ritardo complessivo con cui in tanti casi viene iniziato il trattamento dell'IMA. Finora ci si è impegnati troppo poco in Italia per cercare di ridurre tale ritardo e peraltro, quando l'impegno c'è stato in altri paesi, i risultati sono stati piuttosto deludenti. Appare necessario escogitare altre strategie, sviluppare approcci innovativi – reiterazione permanente dei messaggi diffusi con i mass media, identificazione di bersagli preferenziali – (anziani, diabetici, ecc.), approccio individuale da parte dei medici tipo TIME, ecc. – poiché i benefici ottenibili riducen-

Tabella I. Alcuni studi di intervento per ridurre il ritardo decisionale nell'infarto miocardico acuto.

Ho et al.[7], 1989 - Stati Uniti	"Campagna tramite mass media". Ritardo decisionale mediano ridotto da 144 a 138 min (riduzione statisticamente non significativa).
Herlitz et al.[8], 1992 - Svezia	"Campagna educativa". Ritardo decisionale mediano ridotto da 180 a 138 min (riduzione statisticamente significativa).
Gaspoz et al.[9], 1996 - Svizzera	"Campagna pubblica". Ritardo decisionale mediano ridotto da 196 a 144 min (riduzione statisticamente significativa).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.7 Tue, 15 Jul 2025, 21:23:08

Tabella II. Approccio TIME (Talk, Investigate, Make, Evaluate) per ridurre il ritardo decisionale nell'infarto miocardico acuto.

Talk Parla ai pazienti del loro rischio di attacco cardiaco, di come riconoscere i sintomi dell'infarto e dell'azione appropriata da intraprendere in caso di attacco cardiaco. *Investigate* Indaga su ciò che i pazienti sentono in rapporto all'attacco cardiaco, per scoprire se vi sono barriere frapposte alla pronta ricerca di soccorso. *Make* Prepara, insieme ai tuoi pazienti, un piano d'azione sul come comportarsi in caso di attacco cardiaco. *Evaluate* Valuta nel tuo paziente il grado di comprensione dei rischi connessi al ritardo nella terapia dell'infarto miocardico acuto.

do il ritardo decisionale si collocano molto in alto nella gerarchia dei potenziali benefici di ogni tipo per i pazienti colpiti da infarto.

Bibliografia

1. Boersma E, Maas AC, Deckers JW, Simoons ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. Lancet 1996; 348: 771-5.
2. UKHAS Collaborative Group. Effect of time from onset to coming under care on fatality of patients with acute myocardial infarction: effect of resuscitation and thrombolytic treatment. Heart 1998; 80: 114-20.
3. Julian DG, Norris RM. Myocardial infarction: is evidence-based medicine the best? Lancet 2002; 359: 1515-6.
4. Chiarella F, Di Chiara A. Che cosa è cambiato nella epidemiologia dallo studio GISSI-Ritardo evitabile allo studio BLITZ. In: Cardiologia 2002 - Atti del 36° Convegno Internazionale del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare A. De Gasperis. Milano, 2002: 65-70.
5. Epidemiology of avoidable delay in the care of patients with acute myocardial infarction in Italy. A GISSI-Generated Study. GISSI-Avoidable Delay Study Group. Arch Intern Med 1995; 155: 1481-8.
6. Blohm MB, Hartford M, Karlson BW, Luepker RV, Herlitz J. An evaluation of the results of media and educational campaigns designed to shorten the time taken by patients with acute myocardial infarction to decide to go to hospital. Heart 1996; 76: 430-4.
7. Ho MT, Eisenberg MS, Litwin PE, Schaeffer SM, Damon SK. Delay between onset of chest pain and seeking medical care: the effect of public education. Ann Emerg Med 1989; 18: 727-31.
8. Herlitz J, Blohm M, Hartford M, et al. Follow-up of a 1-year media campaign on delay times and ambulance use in suspected acute myocardial infarction. Eur Heart J 1992; 13: 171-7.
9. Gaspoz JM, Unger PF, Urban P, et al. Impact of a public campaign on pre-hospital delay in patients reporting chest pain. Heart 1996; 76: 150-5.
10. Luepker RV, Raczynshi JM, Osganian S, et al. Effect of a community intervention on patient delay and emergency medical service use in acute coronary heart disease. The Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) Trial. JAMA 2000; 284: 60-7.
11. Brown AL, Mann NC, Daya M, et al. Demographic, belief, and situational factors influencing the decisions to utilize emergency medical services amomg chest pain patients. Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) study. Circulation 2000; 102: 173-8.
12. Leslie WS, Urie A, Hooper J, Morrison CE. Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. Heart 2000; 84: 137-41.
13. Berton G, Cordiano R, Palmieri R, Guarnieri G, Stefani M, Palatini P. Clinical features associated with pre-hospital time delay in acute myocardial infarction. Ital Heart J 2001; 2: 766-71.
14. Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Delay in seeking emergency care. Acad Emerg Med 2001; 8: 163-9.
15. Pattenden J, Watt I, Lewin RJ, Stanford N. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. BMJ 2002; 324: 1006-10.
16. Faxon D, Lenfant C. Timing is everything motivating patients to call 9-1-1 at onset of acute myocardial infarction. Circulation 2001; 104: 1210-1.
17. Meischke H, Eisenberg M, Schaeffer S, Henwood DK. The Heart Attack Survival Kit project: an intervention designed to increase seniors' intentions to respond appropriately to symptoms of acute myocardial infarction. Health Educ Res 2000; 15: 317-26.