

15 anni nel Cuore di Santa.

Il Cardiologo e il MMG
sul territorio...

ANNUAL
MEETING
NAZIONALE

REPORT XV EDIZIONE

12 APRILE 2024 / 1-2024

Quindici anni di CS... Siamo arrivati alla XV edizione BEN ARRIVATI o BEN RITROVATI!

a cura di Roberto Pescatori



Per ogni Edizione di questo evento, unitamente al mio braccio destro Alberto Cavallini e al Comitato Scientifico che ringrazio, il nostro logo è stato accompagnato da un pay off sempre differente per estendere il suo significato e l'aspetto comunicativo. Quest'anno sarà FACE WHAT MATTERS...fare le cose che contano, riflessione utile nella vita di tutti i giorni, sia lavorativa sia privata.

Come diceva Eisenhower: "ciò che è importante è raramente urgente e ciò che è urgente è raramente importante".

Nella pratica quotidiana di Medico, nel mio caso di Medico di Famiglia, si è spesso occupati in numerose pratiche burocratiche, sicuramente da evadere, ma bisogna cercare di non disperdere troppo tempo ed energia, focalizzando l'attenzione sulle "cose che contano". Il Congresso, come nelle precedenti Edizioni, alternerà lezioni frontali a momenti di discussione e sessioni pratiche (dimostrazioni tecniche con pazienti dal vivo)

con innovative apparecchiature.

Proprio grazie al confronto con Voi colleghi negli anni passati sono emersi importanti spunti di riflessione, alla base di alcuni interventi di questa quindicesima edizione del Congresso nel CUORE di Santa.

Con l'obiettivo di consentire una sempre maggiore interattività, Vi invito a scaricare (qualora non lo abbiate già fatto) la APP del Congresso. In questo modo potrete "interagire" per le tre giornate di Congresso, scaricando il programma, partecipando allo Stand APPLICati, ponendo o rispondendo a domande in tempo reale in sala, dando consigli per la predisposizione del programma della sedicesima Edizione.

FACE WHAT MATTERS, fare le cose che contano, è un messaggio utile anche per i nuovi giovani colleghi medici, sempre presenti al Congresso, provenienti da diverse regioni d'Italia. Nella prima mattina di Venerdì 12 e Sabato 13 Aprile 2024 si svolgerà la seconda edizione del CARDIOGP PURSUIT, la "sfida" dedi-

cata proprio ai giovani Medici in formazione. Novità di quest'anno è che tra questi ultimi presenzieranno anche studenti specializzandi in Cardiologia al fine di porre l'attenzione sull'importanza dell'integrazione specialista- MMG.

Colgo l'occasione per ringraziare sentitamente tutti i relatori, moderatori e Voi colleghi che ci gratificate della Vostra presenza raggiungendoci da tutta Italia e consentendo di arrivare a più di 500 presenze.

Un caloroso ringraziamento è dovuto allo staff di Dynamicom Education, in particolare a Manuela, Daniela, Cristina, Selena e Giada e a tutti i ragazzi che vedrete lavorare in questi giorni in sede congressuale. Benvenuti alla quindicesima edizione del Congresso Nel CUORE di Santa e naturalmente non posso non invitarvi già alla sedicesima edizione che si terrà nelle date del 10-11-12 Aprile 2025

*Buone giornate lavorative a tutti!
Grazie ancora di essere qui con noi.*

Benvenuti

Paolo Donadoni

Sindaco di Santa Margherita Ligure



Buongiorno a tutti e benvenuti a Santa Margherita Ligure per questo importante convegno. Sono lieto di ospitare nella nostra città un evento così significativo che offre la possibilità di confrontarsi su temi di gran-

de rilevanza. Il titolo che è stato scelto quest'anno, "Face What Matters" è un invito a concentrarci su ciò che conta davvero, e la cura del nostro cuore è senza dubbio una priorità per tutti noi.

Santa Margherita Ligure offre una cornice ideale per questo convegno. La bellezza del nostro borgo, affacciato sul mare e la sua atmosfera accogliente favoriranno un clima di confronto proficuo e di scambio di esperienze tra i relatori e i partecipanti.

Come Amministrazione Comunale, siamo impe-

gnati ormai da dieci anni nel promuovere la salute e il benessere dei nostri cittadini e dei nostri ospiti. Un'azione che prevede la salvaguardia dell'ambiente e l'attivazione di servizi per la collettività. Scelte che contano davvero perché riguardano il futuro.

Sono sicuro che la nostra bellezza paesaggistica vi aiuterà nell'affrontare i temi previsti dal programma. Ringrazio gli organizzatori del convegno e coloro che lo supportano.

Buon lavoro!



Santa Margherita Ligure (GE)



segui su
facebook Nel CUORE di "Santa"

Affronta ciò che conta. Nessun "refrain" poteva essere più indicato



a cura di Massimo Blondett

Il mondo reale è ricchissimo di elementi distrattori. E di una certa importanza: le guerre in corso; la disumanità all'interno delle medesime.

La crisi economica:

- il "finto benessere" in un'epoca in cui, circolano vetture grandi (rispetto al passato una Alfa Romeo Giulia era più piccola di una attuale 500), confortevoli, performanti e costose;
 - in cui trovare un ombrellone e due sdraio libere in uno stabilimento balneare d'estate equivale a vincere ad un "gratta e vinci";
 - in cui con l'abbonamento giornaliero (leggasi skypass) per una famiglia di quattro persone in una qualsiasi località turistica montana aggiunto al soggiorno e al viaggio vale lo stipendio di un mese di un operaio;
 - in cui le autostrade sono diventate una "penalità" temporale in qualsiasi dei nostri viaggi stante la messe di cantieri aperti contemporaneamente; in cui gli autovelox e i tutor si moltiplicano alla velocità del virus Sars-Cov 2 e gli incassi derivati dall'uso di questa tecnologia vengono millantati con finalità protezionistiche quando, per contro, rappresentano una tassa sovranumeraria;
 - in cui si sta chiudendo la stalla quando gran parte dei buoi irreversibilmente sono scappati (leggasi cambiamento climatico, siccità e scioglimento dei ghiacciai); quando "il grande fratello" sta indirizzando il mondo automobilistico verso un'era elettrica molto discutibile...
- L'affinarsi delle tecniche diagnostiche, soprattutto per immagini ma non solo, spesso induce un accanimento diagnostico terapeutico subordinato al reperto di una anomalia che, molto spesso, è fine a se stessa e non modificherebbe l'andamento della vita dell'interessato. Tale accanimento o approfondimento diagnostico, qualche volta è solo didascalico, complesso e poco produttivo ai fini della salute dell'individuo.
- La burocratizzazione dell'atto medico; l'insufficiente quota del PIL da assegnare alla Sanità nonostante



l'elevazione dei costi terapeutici e diagnostici rispetto all'epoca in cui PET, TAC, RM, SPECT erano di là da venire. Eppure in allora la quota parte del PIL assegnato alla sanità non era tanto dissimile dall'attuale. La miscellanea, negli ospedali, tra "gettonisti" e dipendenti a tempo indeterminato. Esempio indiretto di lacune normative o disorganizzazione operativa.

Il rinnovo dei contratti della Sanità con anni di colpevole ritardo. La fuga dal SSN ed il miraggio della pensione o dell'attività privata. Il miraggio dell'oltreconfine per godere del giusto frutto della pensione senza troppe decurtazioni "gabellari". Il "burn-out": nuova epidemia del Secolo verosimilmente riconoscente una multifattorialità di cause se non tutte quelle sopra espresse per il cittadino comune che esercita, però, anche la nobile professione medica. Ebbene, di fronte a tutto questo e di più, confusi e disorientati da difficoltà operative professionali e sociali di vita comune la ricetta sarebbe: "affronta ciò che conta (*Face what matter*)". Sì, affrontare...! Siamo liberi di affrontare senza condizionamenti? Tenendo conto che i "condizionamenti" non sempre sono deteriori. Le linee guida e i protocolli diagnostico-terapeutici, a ben guardare, sono

condizionamenti. Spesso utili e, come si intuisce non certo deteriori. Almeno finché non invadono il libero arbitrio e la capacità e volontà di discernere secondo indicazioni di massima (sempre di massima?) e scienza e coscienza. Siamo liberi di affrontare senza l'ausilio della medicina difensiva? Siamo liberi di affrontare solo attraverso il raziocinio e non con il "condimento" del sentimento? O dello stato d'animo del momento? O di un'esperienza appena vissuta? E via andare...

E poi: affrontare... ciò che conta. Ma cosa conta? Esiste un "conta" universale?; esiste qualcosa che conta al di là di tutto e delle individualità, sentimenti, cultura, raziocinio, pensiero comune? Oggi che neppure più l'amore, la parentela, la consanguineità sono garanzia di sopravvivenza di fronte ad un'ira assassina... Conta di più l'esasperazione e l'accanimento delle cure o l'accompagnamento alla fine? Insomma vediamo cosa si è inventato quel grande organizzatore di Roberto Pescatori e il suo braccio destro Cavallini per questa XV edizione di un Convegno che se non ci fosse non si potrebbe nemmeno inventarlo così bene. E cosa si è inventato per instradarci ad affrontare non ciò che conta ma "cosa" conta.

Buon lavoro a tutti ●

The current state of heart failure with a focus on acute care

a cura di Paul Mather



Pharmacologic options for acute decompensated heart failure have been relatively stagnant over the past decade, however, temporary mechanical circulatory support options have burgeoned. This lecture focuses on a new and more aggressive mechanical decongestion and perfusion plan that may be able to be used as a bridge to guidelines directed medical therapies or potentially advanced therapies. We will review the definition of cardiogenic shock and review technical options for enhancing perfusion and decongestion.

The goal of this lecture is to come away with ideas on being good stewards of technology and avoiding futile therapy and focus on early recognition of shock so interventions can be tailored to the needs of the patient ●



The polypill in the prevention of cardiovascular disease

a cura di Paul N. Casale



Over 20 years ago, Wald et al. hypothesized that the use of a polypill containing blood pressure medication, a statin and aspirin would reduce heart attack and stroke rates by 80%. There have subsequently been several randomized controlled trials to determine the effect of fixed dose combination therapy on primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Among the studies was the International Polycap Study (TIPS)-3 study, which included an intermediate risk population without CVD who were followed for an average of 4.6 years. The conclusion from the study was that there was an approximately 30-40% reduction in CVD for the group taking a polypill that included aspirin. The Secondary Prevention of Cardiovascular Disease in the Elderly (SECURE) trial randomized almost 2,500 patients with a recent Type 1 myocardial infarction and found that the use of a polypill containing aspirin, ramipril and atorvastatin resulted in a reduction in cardiovascular events. The polypill is an effective pharmacotherapy treatment option to lower the risk of major cardiovascular events in both primary and secondary prevention.



LA PICCOLA PILLOLA SCIENTIFICA IN PIÙ DELLA RIVISTA
Innovativo nutraceutico per ridurre i parametri glico-lipidici: il superamento dei limiti della Berberina

La berberina è un alcaloide estratto da piante appartenenti a diverse specie, tra cui la *Berberis aristata*, ed è ampiamente impiegata per le sue innumerevoli proprietà terapeutiche.

L'efficacia clinica della berberina nel modulare i **parametri glico-lipidici** ha fatto sì che il suo utilizzo, in monoterapia e in *add on therapy* ai farmaci, sia stato validato da **diverse società italiane (NFI, SID/SISA) ed europee (ESC/EAS)**.

La berberina ha mostrato di agire sul quadro lipidico *up-regolando* i recettori per le LDL, *down-regolando* il PCSK9 e riducendo l'assorbimento intestinale del colesterolo, aumentandone l'escrezione. L'azione sul quadro glucidico è invece data dalla capacità della berberina di *up-regolare* i recettori per l'insulina, attivare l'AMPK sui tessuti adiposo, epatico e muscolare, aumentare l'espressione dei recettori GLUT4/GLUT1, incrementare la secrezione di GLP-1 ed inibire l' α -glucosidasi.

La berberina, però, presenta un problema comune alla maggior parte dei derivati erbali, ovvero una scarsa biodisponibilità orale (inferiore all'1%) che ne riduce l'efficacia poiché, una volta assorbita, viene ri-estrusa a livello enterocitario dalla glicoproteina P.

Questo limite è stato superato mediante l'allestimento di formulazioni innovative con l'impiego di sostanze in grado di inibire la glicoproteina P quale la silimarina, ottenuta dal *Silybum marianum*.

L'ottimizzazione della resa farmaco-clinica

conseguita mediante l'associazione brevettata di **500 mg di berberina** con **105 mg di silimarina**, somministrata due volte al giorno, è stata ampiamente validata da numerosi studi clinici.

Gli studi clinici più significativi, ovvero randomizzati, doppio cieco contro placebo, sono stati raccolti in una metanalisi (*Metabolic effect of berberine-silymarin association: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials*), condotta su un totale di **497 soggetti**, che evidenzia come l'associazione brevettata berberina-silimarina abbia abbassato i parametri glico-lipidici.

In questo contesto, la formulazione brevettata BERBERINA-SILIMARINA si propone come una promettente opportunità terapeutica, sia in monoterapia che in *add-on therapy* ai farmaci, nel caso di pazienti con alterato profilo glico-lipidico che devono ridurre il loro rischio cardio-vascolare.

RISULTATI in PILLOLE

Pazienti • non a target • intolleranti alle statine • con sindrome metabolica	{	Colesterolo totale	-25,3 mg/dl
		Trigliceridi	-28 mg/dl
		Colesterolo LDL	-29,1 mg/dl
		Colesterolo HDL	+6 mg/dl
		Glicemia a digiuno	-7,5 mg/dl

Aterosclerosi subclinica Nuove evidenze con gli antiaggreganti

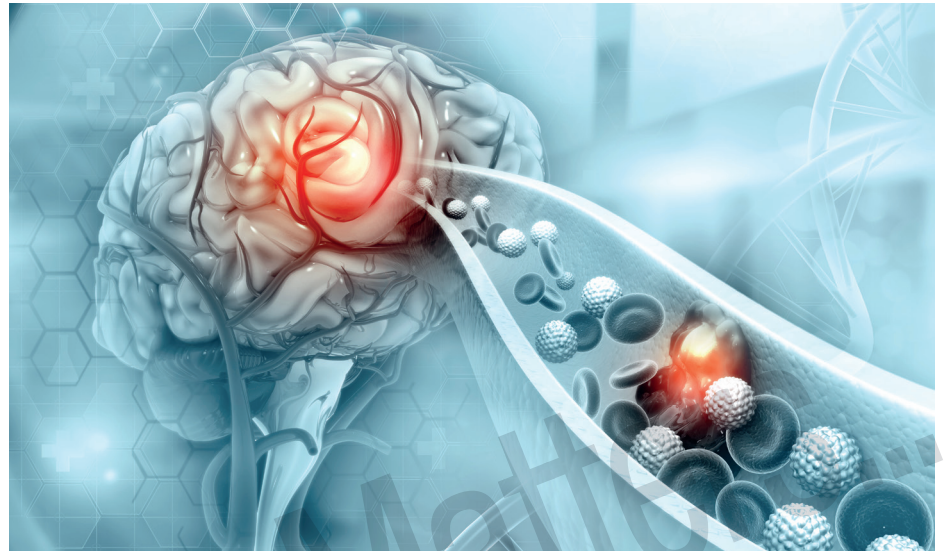
a cura di Claudio Ferri



La malattia aterosclerotica è una patologia sistemica e multifocale, che spesso conduce ad una malattia principale – ad esempio coronarica – ma non trascura, purtroppo, altri distretti, ove può determinare malattia conclamata o rimanere a livello subclinico. In questo ambito, non vanno trascurate tanto le localizzazioni coronariche che ancora non abbiano determinato patologia – oggi obiettabili precocemente – quanto le localizzazioni non coronariche della patologia aterosclerotica, che sono almeno la metà del totale [Ramroth J, Shakir R, Darby SC, Cutter DJ, Kuan V. Cardiovascular disease incidence rates: a study using routinely collected health data. *Cardiooncology*. 2023;9(1):41]. A tale proposito, un aspetto che non sfugge all'attenzione del clinico è il ruolo delle lesioni aterosclerotiche non marcatamente stenosanti nel favorire lo sviluppo di demenza vascolare oppure la riduzione della funzione sessuale nel maschio, mentre rimangono confinate al ruolo di Cenerentola due localizzazioni estremamente comuni, quale quella vascolare periferica [Baretella O, Buser L, Andres C, Häberli D, Lenz A, Döring Y, Baumgartner I, Schindewolf M. Association of sex and cardiovascular risk factors with atherosclerosis distribution pattern in lower extremity peripheral artery disease. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1004003] e quella renale [Cianci R, Gigante A, Ferri C. A Novel Approach to the Old Issue of Ischemic Nephropathy. *Curr Vasc Pharmacol*. 2022;20(2):114-116].

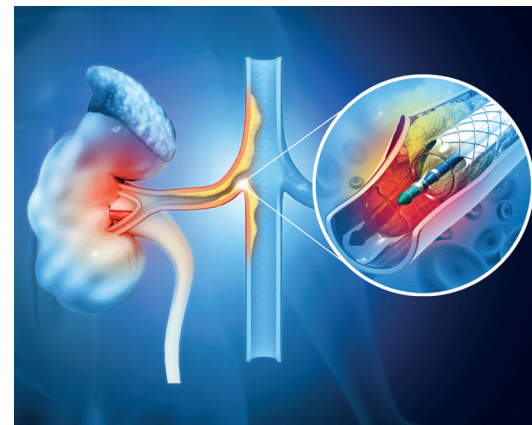
Da quanto sopra ne consegue che la terapia preventiva più corretta deve considerare il paziente con "malattia aterosclerotica subclinica" come un paziente affetto da "malattia aterosclerotica in atto subclinica". Pertanto, pur ammettendo che generare una distinzione tra il bianco ed il nero che sia fondata sui criteri oggettivabili – vedasi la dimensione della lesione aterosclerotica oppure il calcio depositato a livello vascolare – è estremamente indaginoso, è opportuno da un lato sempre ricercare le lesioni a livello sistemico e non solo coronarico, dall'altro sempre imbastire una terapia che miri alla correzione dello stile di vita e dei fattori di rischio cardiovascolari maggiori e minori in modo analogo alla prevenzione secondaria.

In questo ambito, è consolidato il ruolo di RAAS antagonisti e statine, ma va comunque rimarcato come alcune terapie recentemente apparse sul mercato – quali



quelle fondate sui GLP1 agonisti [Lecis D, Prandi FR, Barone L, Belli M, Sergi D, Longo S, Muscoli S, Romeo F, Federici M, Lerakis S, Barilla F. Beyond the Cardiovascular Effects of Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists: Body Slimming and Plaque Stabilization. *Are New Statins Born? Biomolecules*. 2023;13(12):1695] – oppure di prossima comparsa – come il finerenone [Lv R, Xu L, Che L, Liu S, Wang Y, Dong B. Cardiovascular-renal protective effect and molecular mechanism of finerenone in type 2 diabetic mellitus *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;14:1125693] sembrano poter avere un effetto direttamente sfavorente l'aterogenesi. Dubbio, invece, rimane il ruolo degli antiaggreganti. In questo contesto, tuttavia, sebbene degli studi clinici randomizzati e metanalisi abbiano dimostrato un chiaro beneficio clinico ottenibile dalla prescrizione di acido acetilsalicilico (ASA) a basso dosaggio, controbilanciato però dall'aumento del rischio di sanguinamento gastrointestinale non fatale, va ripetuto quanto scritto all'inizio: "prevenzione primaria" è un concetto molto scivoloso in termini di rischio cardiovascolare, soprattutto nel paziente con aterosclerosi subclinica. Pertanto, è nostra – e non solo nostra – opinione che la tera-

pia con ASA sia benefica nel paziente con aterosclerosi subclinica, a patto che detta terapia venga individualizzata correttamente. Questo non solo in termini vascolari, bensì anche gastrointestinali, proteggendo appropriatamente il paziente che sembri anamnesticamente presentare un rischio maggiore di sanguinamento ■



Il "viaggio allucinante"... all'interno del corpo umano Micro/Nanorobots for Biomedicine: Delivery, Surgery, Sensing, and Detoxification

a cura di Gianfranco Tajana



Robot su micro e nanoscala in grado di convertire efficacemente diverse fonti di energia in movimento e forza rappresentano un'area di ricerca sulla robotica affascinante e in rapida espansione. I recenti progressi nella progettazione, fabbricazione e funzionamento dei micro/nanorobot hanno notevolmente migliorato la loro potenza, funzionalità e versatilità. Le nuove capacità di queste minuscole macchine senza vincoli indicano

un immenso potenziale per una varietà di applicazioni biomediche. La relazione esamina i recenti progressi e le prospettive future dei micro/nanorobot nella biomedicina, con particolare attenzione ai loro potenziali vantaggi e alle applicazioni per la somministrazione diretta di farmaci, la chirurgia di precisione, la diagnosi medica e la disintossicazione. Il futuro successo di questa tecnologia, da realizzarsi attraverso una stretta

collaborazione tra esperti di robotica, medicina e nanotecnologia, dovrebbe avere un impatto notevole sulla diagnosi, il trattamento e la prevenzione delle malattie. In particolare la "robotica evolutiva", sfrutta i principi della selezione naturale attraverso la progettazione di xenorobot, formati da cellule viventi che non solo eseguono compiti di base, ma possono anche interagire e rispondere al loro ambiente ■

Disturbi del sonno e rischio cardiovascolare

a cura di **Alessandro Cicolin**

I disturbi del sonno possono schematicamente essere suddivisi in quantitativi, caratterizzati da una riduzione del tempo totale di sonno nella giornata, e qualitativi, nei quali la durata totale appare aumentata (talora con franca sonnolenza diurna) ma il riposo notturno appare gravemente frammentato dagli arousals e quindi viene percepito come scarsamente ristoratore. I disturbi del sonno che prevalentemente riducono la quantità del sonno, di maggior rilevanza epidemiologica, sono rappresentati dalle insonnie, dai disturbi del ritmo circadiano e dalla sindrome delle gambe senza riposo, mentre i disturbi del sonno che interferiscono con la qualità del sonno sono la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno ed il disturbo da movimenti periodici degli arti nel sonno.

Una significativa riduzione del tempo di sonno, il di-

sallineamento del ritmo circadiano, così come la frammentazione associata ai disturbi qualitativi determinano un aumento del rischio cardiovascolare (disturbi del ritmo, ipertensione, cardiopatia ischemica e scompenso) quantificabile, a seconda dei disturbi, tra 1,5 e 4 volte. L'eziopatogenesi è verosimilmente sostenuta dall'alterazione del bilancio simpato-vagale e dall'aumentata iniezione di molecole proinfiammatorie secondaria agli arousals indipendentemente dal disturbo del sonno che li genera. Considerata l'elevata prevalenza dei disturbi del sonno, la possibilità di trattamento e la risposta usualmente buona, appare evidente che la quantità e la qualità del sonno vadano indagati, quanto meno sul piano anamnestico, al pari di quanto avviene per altri fattori di rischio più tradizionali (quali fumo, obesità, sedentarietà, diabete di tipo 2) ●



Non tutte le placche sono uguali... Infiammazione e differenza di genere nella prevenzione primaria cardiovascolare. Dal nutraceutico al farmaco

a cura di **Vittoria Mattioli**

È noto che le caratteristiche della placca aterosclerotica sono diverse nella donna e nell'uomo. La patologia che si presenta con maggiore frequenza nell'uomo è ostruttiva, mentre nella donna si registra un'evoluzione nelle caratteristiche anatomiche della aterosclerosi durante l'arco della vita in relazione ai cambiamenti ormonali e di stile di vita.

La menopausa segna classicamente un passaggio da un quadro di aterosclerosi non ostruttiva a forme di tipo ostruttivo, tuttavia non è l'unico cambiamento che si realizza a carico delle placche. La componente infiammatoria associata all'aterosclerosi si esprime in modo differente nella donna e nell'uomo essendo condizionata da diversi fattori che vanno dall'impatto dei fattori di rischio cardiovascolari alla risposta biologica determinata dal sesso. Il controllo dei fattori di rischio è fondamentale nell'uomo e nella donna ricordando che lo stesso fattore di rischio assume un peso diverso nei 2 sessi e che esistono fattori di rischio specifici del

senso femminile. L'approccio della prevenzione cardiovascolare deve quindi essere differenziato nei 2 sessi come pure la stratificazione del rischio di eventi futuri. La risposta agli stressor è diversa e come tale richiede una valutazione accurata della personalità del soggetto. È noto che le donne hanno un elevato livello di conoscenza dei corretti stili di vita, ma li adottano con minore frequenza e con maggiori difficoltà. In particolare l'impatto socio-economico incide profondamente sullo stile di vita della donna che appare tuttora condizionata da stereotipi femminili che la vedono come attrice principale nella gestione della casa e della famiglia. Tali condizionamenti sono responsabili ad esempio della ridotta attività fisica e della elevata sedentarietà che riscontriamo nelle donne rispetto all'uomo. L'attività fisica strutturata è infatti molto costosa e comporta un impegno temporale costante che ne limita l'accesso alla donna impegnata in gestione della famiglia e nel lavoro. La stessa alimentazione è condizionata da fattori

psico-sociali che comportano una difficoltà ad aderire adeguatamente ad una dieta sana. Da un punto di vista farmacologico le donne tendono ad avere una minor prescrizione dei farmaci (ad esempio delle statine) sia per un minor accesso agli screening di rischio sia per una meno adeguata stratificazione del rischio cardiovascolare che si riflette in una sottostima. Inoltre, a causa della ridotta massa muscolare, alle donne viene prescritta a dosaggi più bassi e perlopiù inefficaci nel timore di effetti collaterali. Questo approccio deve cambiare e il cambiamento passa attraverso una corretta stratificazione del rischio cardiovascolare nella donna, un adeguato livello di informazione sia del personale sanitario sia della popolazione femminile stessa. Oltre agli interventi a livello individuale, quelli a livello di comunità devono includere e coinvolgere le principali parti interessate (ad esempio, medici di medicina generale, donne in età fertile e famiglie) e rivolgersi a un'ampia gamma di determinanti psicosociali e sociali antecedenti. ●

What really matters for adult smokers: an evidence-based opinion from cardiology experts

a cura di **Dimitri Richter**

Sebbene disponiamo di farmaci per smettere di fumare con discreto successo e buoni risultati a breve termine, il tasso di recidiva è significativo, il che implica un alto grado di dipendenza psicologica. Oltre a prevenire l'iniziazione al fumo e a promuovere la cessazione del fumo, la riduzione del danno derivante dal fumo è riconosciuta come un approccio prezioso e promettente per accelerare ulteriormente la riduzione della prevalenza del fumo e dei danni corre-

lati alla popolazione. La riduzione del danno si basa sul cambiamento dell'abitudine al fumo con prodotti alternativi significativamente meno dannosi, indicati dalla FDA come "Modify Risk Tobacco Product - MRTP". Il Tobacco Prevention Act degli Stati Uniti definisce un MRTP come un "prodotto del tabacco che dimostra un rischio ridotto per la salute di chi ne fa uso o della popolazione nel suo insieme rispetto ai prodotti esistenti disponibili in commercio come le sigarette convenzio-

nali". Pertanto le aziende produttrici di tabacco stanno cercando di sostituire le sigarette con sigarette elettroniche o dispositivi "heat non burn" (HNB), ovvero prodotti per il riscaldamento del tabacco.

Negli Stati Uniti le sigarette elettroniche non erano sotto la giurisdizione della FDA fino a poco tempo fa, a differenza dei dispositivi HNB. Ora che la FDA autorizza e controlla la commercializzazione anche di questi prodotti, le aziende sono tenute a presentare un



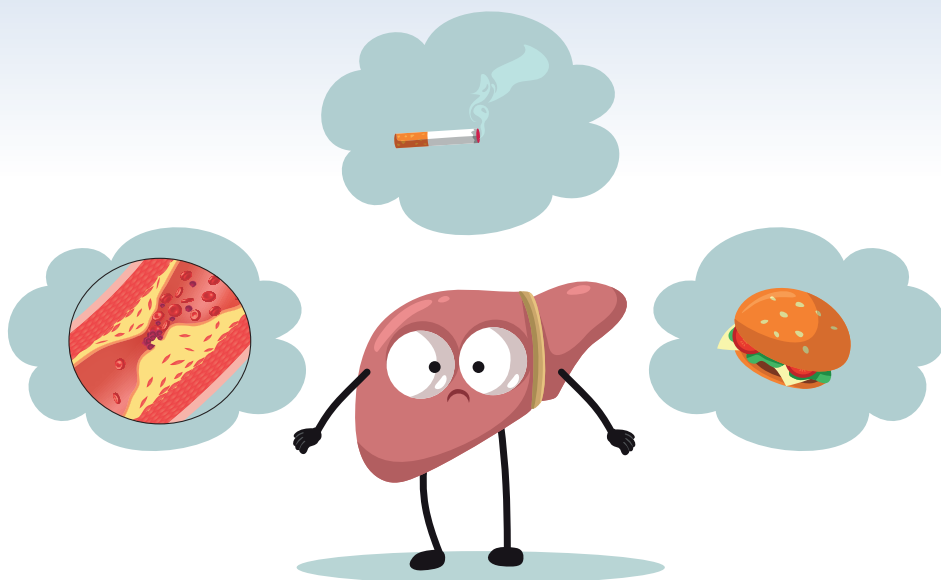
dossier completo per l'approvazione, anche con effetto retroattivo per i prodotti già presenti sul mercato.

Da allora abbiamo recensioni sia positive che negative per alcune sigarette elettroniche. Il più recente grande rifiuto di una sigaretta elettronica con una quota di mercato significativa è stato quello di JUUL a causa della mancanza di dati scientifici sufficienti nella sua presentazione. Nell'Unione Europea, in base alla Direttiva sui prodotti del tabacco - (TPD), le aziende di sigarette elettroniche e prodotti da riscaldamento del tabacco (HNB) comunicano all'EU-CEG analisi riguardanti la composizione di tali prodotti, ovvero un elenco di tutti gli ingredienti contenuti e tutti le emissioni derivanti dal loro utilizzo, dati tossicologici, informazioni sul dosaggio e sull'assunzione di nicotina.

Vaporizzare è considerato meno dannoso delle sigarette convenzionali, poiché le E-CIG non rilasciano simili quantità di sostanze chimiche prodotte durante la combustione associate alle malattie legate al fumo.

Le E-CIG possono essere utilizzate anche per smettere di fumare. Uno studio clinico randomizzato e controllato condotto nel Regno Unito ha dimostrato che le E-CIG rispetto alle terapie sostitutive della nicotina possono essere più efficaci per smettere di fumare.

I dispositivi HNB riscaldano un bastoncino di tabacco attraverso una sottile lama metallica oppure riscaldano le pareti che circondano il bastoncino oppure il riscaldamento è ad induzione. Lo stick viene mantenuto ad una temperatura controllata fino a 350°C, senza combustione, fuoco, cenere o fumo ed emette livelli di sostan-



ze tossiche notevolmente ridotti rispetto alle sigarette. I composti nocivi e potenzialmente dannosi (HPHC) misurati nell'aerosol HNB vengono ridotti di oltre il 90% durante il suo utilizzo. Nel 2020 la FDA ha concesso la licenza al "sistema di riscaldamento del tabacco IQOS" come prodotto del tabacco a rischio modificato (MRTP). La nostra revisione della letteratura sugli HNB ci fornisce studi sulla velocità dell'onda del polso, sulla rigidità aortica e sui marcatori biochimici, con la

maggior parte che mostra un danno ridotto rispetto al fumo di sigaretta. Tuttavia, a causa del breve periodo di presenza degli HNB sul mercato, non esistono studi epidemiologici che dimostrino una riduzione delle malattie cardiovascolari. L'Europa dovrebbe probabilmente seguire l'esempio degli Stati Uniti prima, piuttosto che dopo. Dopotutto, come diceva Mark Twain, "Smettere di fumare è la cosa più semplice del mondo. Lo so perché l'ho fatto migliaia di volte." ●

MASLD: la nuova pandemia

a cura di Enrico Torre

Il diabete e l'obesità rappresentano l'emergenza sanitaria dei prossimi decenni, ma la MASLD (*Metabolic Associated Steatotic Liver Disease*) si configura senza dubbio come l'ombra inquietante che le sostiene entrambe. Se un tempo nella nostra pratica clinica il riscontro, per lo più casuale, di steatosi epatica nei pazienti affetti da diabete veniva visto come una naturale conseguenza dell'eccesso di peso e delle cattive abitudini alimentari, adesso l'accumulo di grasso nel fegato va considerato come il campanello di allarme di una patologia ben codificata e certamente da non sottovalutare. La MAFLD è una patologia caratterizzata dalla presenza di steatosi epatica ed almeno un'altra tra le seguenti condizioni cliniche: obesità, diabete o disregolazione metabolica; quest'ultima è a sua vol-

ta data da almeno due tra: circonferenza addominale > 102(M)/88(F), PA > 130/85, Trigliceridi > 150, HDL < 40(m)/ 50(F), glicemia >100<125 mg/dl, HbA1c >5,7<6,4%. La MAFLD, a differenza della NAFLD (*Non-Alcoholic Fatty Liver Disease*) è una diagnosi di inclusione e non di esclusione, e infatti comprende anche una piccola parte di questi ultimi soggetti. Ma ciò che ci deve allertare è che i soggetti affetti da MAFLD rappresentano oltre il 20% della popolazione, in Italia quindi poco meno di 12 milioni di persone, e che, estrapolando i circa 2,6 milioni di individui che presentano anche un diabete tipo 2, ci troviamo di fronte a poco meno di 9 milioni di soggetti che presentano un maggior rischio di sviluppare, oltre al diabete stesso, MACE, insufficienza renale, carcinoma del fegato e del

colon-retto, e non ultima, cirrosi metabolica. La forma evolutiva verso la cirrosi metabolica si identifica nei diversi stadi della NASH (*Non-Alcoholic Steato Hepatitis*), che si diagnostica al momento solo tramite biopsia epatica ma che è deducibile dal riscontro di riduzione della elasticità epatica all'esame ecografico tramite modulo *shear-wave*, metodica questa acquisita presso la nostra struttura da oltre due anni. Ragionando solo in termini di impatto sulla salute pubblica e sui costi sociali, questa patologia un eccesso di mortalità per oltre 13000 casi per anno e un incremento dei costi sanitari diretti, includendo anche la componente generata dalla quota di soggetti diabetici, pari a oltre 7,7 miliardi di euro per anno. In considerazione di tutto ciò, abbiamo deciso di avviare come ASL3 una campagna di sensibilizzazione nei confronti della popolazione a rischio al fine di identificare precocemente i soggetti a rischio ed avviarli a percorsi di educazione ai corretti stili di vita, in attesa di avere a disposizione farmaci specifici per il trattamento dei casi già in stadio evolutivo ●

Nuove opportunità terapeutiche nel trattamento dell'LDL

a cura di Luigi Temporelli

In considerazione della comprovata efficacia, basso costo, disponibilità su vasta scala, e in accordo con le linee guida internazionali, le statine, in uso da oltre 30 anni, restano il trattamento farmacologico di prima linea per la gestione delle dislipidemie sia in prevenzione primaria che secondaria. Quando il trattamento con statina non consente il raggiungimento del target terapeutico, l'impiego di ezetimibe è stato dimostrato avere un effetto additivo in termini di riduzione dei livelli di C-LDL e di eventi cardiovascolari. Con l'obiettivo di ottenere e mantenere nel tempo i target

terapeutici raccomandati, sono state in seguito sviluppate ulteriori opzioni terapeutiche. L'individuazione della proproteina della convertasi subtilisina/kexina di tipo 9 (PCSK9) come induttore della degradazione del recettore per le LDL ha portato all'impiego di anticorpi monoclonali (evolocumab e alirocumab) diretti contro PCSK9, che si sono dimostrati essere potenti agenti per la riduzione del C-LDL e del rischio cardiovascolare ad esso correlato. Un ulteriore passo avanti è stato fatto con lo sviluppo di un approccio basato sul silenziamento genico di PCSK9.

In tale contesto inclisiran, andando ad interferire con la sintesi di PCSK9, consente di ottenere una riduzione dei livelli di C-LDL simile a quella degli anticorpi monoclonali anche se dati convincenti relativi all'impatto sugli eventi cardiovascolari non sono ancora disponibili. Una ulteriore opzione terapeutica che permette di ottimizzare un trattamento mirato alla riduzione del C-LDL, utilizzabile su larga scala con costi contenuti e di facile somministrazione, è rappresentata dall'acido bempedoico. Si tratta di una molecola a somministrazione orale che agisce sulla stessa cascata enzimatica

target delle statine andando ad inibire una tappa a monte rispetto a quella mediata dall'idrossi-metil-glutaril-coenzima A. L'acido bempedoico è un profarmaco che viene convertito nel metabolita attivo esclusivamente a livello epatico. Questa caratteristica lo differenzia sostanzialmente

dalle statine, che invece inibiscono la sintesi di colesterolo anche a livello muscolare, e comporta un ridotto rischio di sintomi muscolari che sono invece riportati con una certa frequenza dai pazienti trattati con statine. Alla luce dei risultati positivi dello studio *CLEAR Outcomes* che, oltre a confermare l'efficacia in termini

di riduzione dei livelli di C-LDL, ha dimostrato una riduzione degli eventi avversi maggiori l'impiego dell'acido bempedoico rappresenta oggi una valida opzione terapeutica per la gestione del rischio cardiovascolare associato all'ipercolesterolemia ●

Face What Matters... Malattie al femminile: non solo coagulazione. Il rischio trombotico in gravidanza e puerperio. Un problema da non sottovalutare

a cura di **Andrea Stella**

Le donne gravide presentano un aumentato rischio di sviluppare tromboembolismo venoso (TEV), da 4-10 volte maggiore rispetto alle donne non gravide. L'incidenza stimata di tromboembolismo venoso (TEV) in gravidanza è 1:1000 e diventa fino a 5 volte più alta durante il puerperio.

Tale variabilità è giustificata anche dalla presenza contemporanea di altri fattori di rischio, tra i quali l'età della donna, l'obesità, precedenti episodi tromboembolici, stati trombofilici congeniti o acquisiti. Le complicanze tromboemboliche in gravidanza possono causare un aumento della morbilità, con trombosi acute e a lungo termine con Sindromi Post Trombotiche (SPT) oltre che della mortalità. Infatti la maggior parte delle donne che hanno manifestato TEV associato alla gravidanza manifestano successivamente sequele che vanno dalla sindrome post-trombotica fino alla ricorrenza di nuovi episodi di TEV. L'aumentata incidenza di TEV associato alla gravidanza in donne con età superiore a 35 anni può essere parzialmente spiegato dalla maggiore prevalenza, in tale fascia di età, di altri fattori di rischio, come l'espletamento del parto con il taglio cesareo, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari e obesità (Fig. 1).

La predisposizione a sviluppare TEV è in parte la conseguenza di uno stato di "ipercoagulabilità" proprio della gravidanza che, da un punto di vista evolutivo, ha presumibilmente l'obiettivo di proteggere le donne da eventi emorragici in occasione del parto: l'aumentata stasi venosa, la compressione della vena cava inferiore e delle vene pelviche da parte dell'utero gravido, così come la diminuita mobilità. La contemporanea presenza di tali fattori contribuisce al determinismo dello stato di ipercoagulabilità della donna in gravidanza e puerperio. Le raccomandazioni del Ministero della Salute per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o al parto sottolineano che tra le cause più frequenti ed efficacemente prevenibili di morte materna nei paesi occidentali ci sia la malattia tromboembolica. Il frequente ricorso al taglio cesareo (Italia 38% vs Inghilterra 23%) è una situazione clinica che potrebbe aumentare l'esposizione al rischio di morbilità e mortalità materna per alcune condizioni cliniche tra cui la malattia tromboembolica.

Lo screening trombofilico è da considerare nelle donne asintomatiche con storia familiare di tromboembolismo venoso o con storia familiare di trombofilia ereditaria. Nelle donne sintomatiche con pregresso TEV, con aborti ricorrenti o pregressa MEF, con pregressa pre-eclampsia, HELLP syndrome, abruptio placentae, IUGR.

L'eparina non frazionata (ENF) e l'eparina a basso peso molecolare (EBPM) non attraversano la placenta. Sono per tali motivi considerati farmaci sicuri per il feto, poiché non sembrano essere teratogene né determinano emorragie fetali. Le eparine a basso peso molecolare

(EBPM) tra cui enoxaparina, sono il farmaco di scelta per la profilassi del TEV in gravidanza e in puerperio, poiché sono efficaci quanto l'ENF, ma più sicure di quest'ultima, come osservato in letteratura.

Infatti, l'utilizzo di ENF in gravidanza è gravato da un modesto aumento del rischio di sanguinamento per la gestante e dalla possibile insorgenza di alcune complicanze non frequenti, come l'osteoporosi, con il conseguente rischio di fratture sintomatiche. Il rischio di osteoporosi sembra essere significativamente inferiore per le EBPM rispetto all'ENF, e anche il rischio di trombocitopenia eparina-indotta è più basso somministrando EBPM invece di ENF.

Il monitoraggio della conta piastrinica durante la profilassi con EBPM è indicato come norma di buona pratica clinica dalle linee guida Siset ma viene considerato sostanzialmente superfluo dalle linee guida ACCP, soprattutto in quelle pazienti sottoposte a profilassi con EBPM che non sono mai state trattate con ENF.

Per quanto riguarda il dosaggio della eparina da utilizzare, il fisiologico incremento della velocità di filtrazione glomerulare con il conseguente aumento dell'escrezione renale di eparina, l'incremento del legame proteico all'eparina e l'aumento del volume plasmatico propri della gravidanza possono determinare una ridotta emivita e concentrazioni plasmatiche più basse dell'ENF e dell'EBPM rispetto alle donne non gravide. Per tale motivo può essere necessario somministrare dosi più elevate e più frequenti di farmaco per ottenerne concentrazioni plasmatiche efficaci. Non vi sono evidenze per suggerire l'aggiustamento della dose di EBPM in base alla determinazione dei livelli di attività anti-Xa. Il 40-50% dei casi di TEV in gravidanza si verifica nel

corso del primo trimestre. Pertanto, la profilassi antitrombotica in gravidanza, se necessaria dovrebbe essere iniziata il più presto possibile.

Nelle puerpere in cui è indicata la tromboprofilassi post-partum, EBPM deve essere somministrata appena possibile dopo il parto, a condizione che non ci sia un'emorragia in atto. In quest'ultimo caso la profilassi antitrombotica può essere effettuata con le sole calze compressive anti-trombo.

Le donne ad alto rischio di TEV post partum devono protrarre la profilassi per sei settimane dopo il parto. Ci sono inoltre precauzioni da tenere durante il travaglio e il parto in donne in trattamento con EBPM: Le donne gravide in trattamento con EBPM devono sospendere la somministrazione in caso di travaglio o di perdite ematiche vaginali. Al momento del ricovero in ospedale, il medico può decidere se proseguire con la profilassi o sospenderla temporaneamente.

Nel caso in cui la paziente riceva profilassi a dosi adatte o terapia eparinica, si può sospendere la somministrazione all'inizio del travaglio o ridurla a dosi profilattiche (es.: 40 mg/die enoxaparina, 5000 UI/die dalteparina o 3800 UI/die nadroparina) il giorno prima dell'induzione del parto o di un eventuale taglio cesareo. Le pazienti sottoposte a tromboprofilassi con EBPM in corso di gravidanza, candidate al taglio cesareo di elezione, dovrebbero ricevere una dose profilattica di EBPM il giorno prima dell'intervento. Da tutti questi elementi appare chiaro che come raccomandato dal Ministero, sia necessario di fronte ad una gravidanza fare una valutazione del rischio trombotico ed attuare la terapia secondo quanto esplicitato dalle linee guida della disciplina ●

Fattori di rischio maggiori (OR > 6)	Fattori di rischio minori (OR > 6 se combinati)
<ul style="list-style-type: none"> a. Immobilità (riposo forzato a letto per un periodo di tempo ≥ 1 settimana) b. Emorragia post partum ≥ 1000 ml con intervento chirurgico c. Precedente TEV d. Preeclampsia con IUGR e. Trombofilia <ul style="list-style-type: none"> • Deficit di Antitrombina • Fattore V Leiden (omozigote o eterozigote) • Protrombina G20210A (omozigote o eterozigote) f. Lupus eritematoso sistemico g. Malattie cardiache h. Anemia a cellule falciformi i. Emotrasfusioni j. Infezioni post partum 	<ul style="list-style-type: none"> a. BMI >30 kg/m² b. Gravidanza multipla c. Emorragia post partum > 1000 ml d. Abitudine al fumo (> 10 sigarette/die) e. IUGR f. Trombofilia g. Deficit di proteina C h. Deficit di proteina S i. Preeclampsia
<p>La presenza di almeno un fattore di rischio è suggestiva di un rischio di TEV post partum >3%</p>	<p>La presenza di almeno due fattori di rischio o di un fattore di rischio in caso di taglio cesareo di urgenza è suggestiva di un rischio di TEV post partum >3%</p>

Fig. 1: Fattori di Rischio Maggiori e Minori nella donna in gravidanza

Durante l'evento, i servizi sono stati forniti da:



Il Vostro soggiorno senza uguali
www.hotel-continental.it

RISTORANTE PIZZERIA



Ristorante Pizzeria
da Alfredo

...dal 1964
Trattoria "da Pezzi"

Trattoria "da Pezzi"

Hotel Helios
★★★★ SANTA MARGHERITA - LIGURIA

Un angolo di paradiso,
direttamente sul mare.



Ristorante Il Faro



Hotel Imperiale



Hotel Jolanda



Mastri focacciai dal 1899



Comfort e cortesia per tradizione
www.laurinhotel.it



Ristorante La Paranza



BB Santa Margherita Ligure



Santa Margherita Palace
& Portofino Suite



Hotel Mediterraneo



Tenuta Mennella



www.metropole.it



Ristorante Beppe Achilli



La tradizione dell'ospitalità
a Santa Margherita Ligure
www.reginaelena.it



Hotel Sant'Andrea



Hotel Tigullio et de Milan



Blu



Acqua Calizzano



Aggiornamenti e News
su Cardiologia e Diabetologia



Comfort, privacy e relax



ECM - Controllo accessi - Iscrizioni



Service Tecnico Audio e Video

SI RINGRAZIA PER IL CONTRIBUTO STAMPA



16 anni nel Cuore di Santa.

Il Cardiologo e il MMG sul territorio ...

10 | 11 | 12 Aprile 2025

ANNUAL MEETING NAZIONALE

Ti aspettiamo al **CS** 2025 !!!

Santa Margherita Ligure (GE)

Nel cuore di "Santa"

SCARICA L'APP NEL CUORE DI "Santa"

PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



PROVIDER ECM STANDARD accreditato presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina del Ministero della Salute con numero 181.