

**Ricerca di soggetti disponibili a supportare attività aziendali con contributi privati da erogarsi mediante contratti di sponsorizzazione o liberalità**

Bando di riferimento: **P17-03-77**

**P17 deliberazione n. 2156 del 15 dicembre 2016**

Tipologia di riferimento:

- Formazione e ottimizzazione dei processi aziendali**
- Attività di sperimentazione studio, ricerca e sviluppo in campo medico scientifico, clinico, di perfezionamento**
- Acquisito parere Comitato etico in data \_\_\_\_\_**
- Parere Comitato etico da richiedere**
- Non necessario parere Comitato etico**

**Scheda di progetto P17-03-77**

Data di emissione 5 dicembre 2024

Titolo Ottimizzazione metabolica del paziente ricoverato in Unità cardio-coronarica (UCC)

Periodo riferimento 1 febbraio 2025 – 31 gennaio 2026, rinnovabile

Struttura proponente SC Cardiologia 1

Responsabile progetto dott. Mauro Gori  
SC Cardiologia 1  
e-mail: mgori@asst-pg23.it

Referente del progetto dott. Mauro Gori  
SC Cardiologia 1  
e-mail: mgori@asst-pg23.it

Descrizione progetto In Unità cardo-coronarica (UCC) vengono ricoverati principalmente pazienti con infarto miocardico acuto che necessitano di monitoraggio e trattamento immediato. Altri pazienti includono quelli con scompenso cardiaco acuto o avanzato, bradi o tachiaritmie cardiache pericolose per la vita e complicanze post-operatorie dopo interventi chirurgici cardiaci. Questi pazienti richiedono un supporto intensivo per la stabilizzazione e il trattamento delle loro condizioni critiche.

I pazienti ricoverati in UCC presentano frequentemente numerosi fattori di rischio cardiovascolare convenzionali, tra cui ipertensione arteriosa, dislipidemia e diabete mellito. Inoltre, essi spesso soffrono di comorbidità e fattori di rischio cardiovascolare non convenzionali o emergenti, come l'obesità. Questi fattori contribuiscono a un quadro clinico complesso, richiedendo un approccio multidisciplinare per la gestione ottimale delle loro condizioni critiche.



	<p>Lo scopo del progetto è l'ottimizzazione metabolica del paziente ricoverato in UCC, con particolare enfasi sul precoce controllo dei livelli di colesterolo, l'implementazione rapida delle terapie ipoglicemizzanti e mirate alla riduzione del peso corporeo. È fondamentale considerare che molti di questi pazienti sono naïve rispetto all'assunzione di terapie farmacologiche prima del ricovero indice, oppure assumono già una politerapia complessa. In entrambi i casi, la rapida implementazione di strategie farmacologiche combinate durante i primi giorni di degenza in UCC potrebbe migliorare l'aderenza al trattamento e influire favorevolmente sulla prognosi del paziente.</p>
<p>Obiettivi del progetto</p>	<p>Gli obiettivi che si pone il progetto si riassumono nel sistematico e rapido controllo dei fattori di rischio cardiovascolare.</p> <p><b><u>Dislipidemia</u></b></p> <p>Per un paziente che ha avuto un infarto miocardico è fondamentale ridurre i livelli di colesterolo LDL (lipoproteine a bassa densità) per prevenire ulteriori eventi cardiovascolari. Le linee guida più recenti raccomandano i seguenti obiettivi per i livelli di LDL:</p> <p><u>Obiettivo principale:</u> ridurre i livelli di LDL a meno di 55 mg/dL (1,4 mmol/L)</p> <p>riduzione percentuale: oltre al valore assoluto, si raccomanda una riduzione di almeno il 50% dei livelli di LDL rispetto ai livelli iniziali, se questi superano i 100 mg/dL (2,6 mmol/L).</p> <p><u>Obiettivo per pazienti con recidiva:</u> per i pazienti che hanno avuto una recidiva di sindrome coronarica acuta nei 2 anni precedenti il ricovero, l'obiettivo di LDL è ridurre i livelli a meno di 40 mg/dL (1,0 mmol/L).</p> <p>Questi target sono particolarmente rilevanti per i pazienti considerati ad altissimo rischio, come coloro che hanno avuto un infarto o una recidiva di eventi coronarici. Per raggiungere questi obiettivi, spesso si utilizzano terapie con statine ad alta intensità, eventualmente in combinazione con altri farmaci ipolipemizzanti come ezetimibe, acido bempedoico o inibitori PCSK9.</p> <p><b><u>Diabete mellito di tipo II</u></b></p> <p>Per un paziente diabetico che ha avuto un infarto miocardico è importante gestire adeguatamente i livelli di glicemia e di emoglobina glicata (HbA1c) per ridurre il rischio di ulteriori complicazioni cardiovascolari. Le raccomandazioni generali per questi pazienti sono le seguenti:</p> <p><u>Obiettivo generale:</u> mantenere i livelli di HbA1c inferiori al 7% (53 mmol/mol). Questo obiettivo è generalmente consigliato per la maggior parte dei pazienti diabetici per ridurre il rischio di complicanze microvascolari e macrovascolari. È generalmente raccomandato di ridurre l'HbA1c in modo graduale e controllato, per esempio, una riduzione dell'1% ogni 3 mesi, per evitare gli effetti avversi associati a una riduzione troppo rapida.</p> <p>La strategia di riduzione dell'HbA1c deve essere personalizzata in base alle caratteristiche individuali del paziente, tra cui la durata del diabete, la presenza di complicanze, l'età e la presenza di altre comorbidità.</p>

	<p><u>Obiettivo personalizzato</u>: in alcuni casi, può essere appropriato un obiettivo di HbA1c più stringente, inferiore al 6,5% (48 mmol/mol), se può essere raggiunto senza ipoglicemia significativa o altri effetti avversi.</p> <p>Flessibilità negli obiettivi: per pazienti con comorbidità multiple, storia di ipoglicemia severa o aspettativa di vita limitata, può essere ragionevole un obiettivo meno stringente, come HbA1c tra 7% e 8% (53-64 mmol/mol).</p> <p>Glicemia a digiuno: mantenere la glicemia a digiuno tra 80 e 130 mg/dL (4,4 - 7,2 mmol/L).</p> <p>Glicemia post-prandiale: mantenere la glicemia post-prandiale (1-2 ore dopo i pasti) inferiore a 180 mg/dL (10,0 mmol/L).</p> <p>Anche in questo caso esistono terapie recenti che hanno dimostrato un comprovato beneficio cardiometabolico, quali gli SGLT2-i e i GLP1-ra.</p> <p>Una volta identificato il profilo di rischio del paziente e le comorbidità metaboliche presenti al ricovero indice, verranno implementate le più moderne strategie farmacologiche per il loro controllo già in ambiente intensivo.</p> <p>Il malato dimesso sarà indirizzato a un percorso di follow-up ambulatoriale creato ad hoc con una visita cardiologica di controllo a 6 e 12 mesi dal ricovero. In questa occasione verranno effettuati una nuova valutazione dei parametri metabolici biochimici (esami ematici) ed antropometrici nel tentativo di perseguire i target sopra indicati.</p>
Fasi e tempi di realizzazione stimati	1 anno con progetto rinnovabile all'anno successivo, in presenza di fondi
Collaborazioni con altre strutture aziendali o altri soggetti esterni	Nessuna
Risorse professionali	Il responsabile del progetto sarà supportato da un medico da arruolare per la conduzione del progetto e nella compilazione del database dedicato
Strumentazione	Nessun supporto strumentale aggiuntivo richiesto
Contropartita per i finanziatori	Visibilità e collaborazione nelle iniziative di comunicazione, se richiesta
Finanziamento richiesto	€ 40.000,00 (quarantamila/00) da destinare alla remunerazione del medico da arruolare
Criteri e indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi	Rapporti semestrali relativi al piano di avanzamento e report relativi ai dati raccolti