



**Il timing dell'angiografia coronarica nei pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST-T (NSTEMI) rimane ancora oggi dibattuto, specie per i centri Spoke che devono trasferire il paziente presso il centro Hub**

# NSTEMI Caduti nella rete? Esperienza delle Regioni: Calabria, Molise, Piemonte-Valle d'Aosta e Umbria

**I Presidenti Regionali ANMCO di Piemonte-Valle d'Aosta, Umbria, Molise e Calabria hanno presentato i risultati della Survey "NSTEMI-caduti nella rete?"**

**N**ell'ambito del progetto Regioni 3.0 è stata organizzata una Survey rivolta ai Soci ANMCO che lavorino nell'ambito della rete Emergenza - Urgenza, con lo scopo di approfondire gli aspetti legati

alla rete degli NSTEMI in termini logistici e organizzativi. Il Progetto Regioni 3.0, coordinato dalla Dott.ssa Fabiana Lucà e dal Dott. Alessandro Navazio, prevede la realizzazione di una serie di Survey nazionali, i cui risultati vengono poi approfonditi

in Webinar che coinvolgano a turno tutti i Presidenti Regionali ANMCO e in articoli ad hoc per la presente nuova rubrica "Parola di Regione" coordinata dalla Dott.ssa Fabiana Lucà e dal Dott. Mario Chiatto con l'Editor Giuseppe Di Tano (Figura 1).





## Regioni 3.0

Coordinatori

**Fabiana Lucà e Alessandro Navazio**

con l'imprimatur del Presidente Nazionale Prof. Fabrizio Oliva e del CD ANMCO

**Survey Nazionali  
ad Hoc**

**Talk Regioni**

Live Webinar

Con il coinvolgimento a turnazione  
tutti i Presidenti Regionali ANMCO

**Moderatori: Alessandro Navazio,  
Carmine Riccio, Fabiana Lucà**

**Parola di Regione**

Nuova Rubrica con Articoli ad  
Hoc su CNO

**Coordinatori:**

**Fabiana Lucà e Mario Chiatto  
con l'editor Giuseppe Di Tano**

Questa volta i protagonisti sono stati i Presidenti di Calabria, Molise, Piemonte-Valle d'Aosta e Umbria che hanno discusso i risultati della Survey sugli aspetti logistici e organizzativi della rete degli NSTEMI, rivolta ai Soci ANMCO (Figura 2). Mentre nella gestione della sindrome coronarica acuta con soprasslivellamento del tratto ST-T (STEACS) il timing dell'angiografia coronarica è ben definito, nei pazienti con sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST-T (NSTEMI) rimane ancora oggi dibattuto, specie per i centri Spoke che devono trasferire il paziente presso il centro Hub. Le linee guida internazionali raccomandano una strategia invasiva precoce (entro le 24 ore) sulla base di criteri ben definiti per la stratificazione del rischio (Grace

Risk Score, alterazioni dinamiche del tratto ST-T, valori di troponina e stabilità emodinamica), sebbene nelle ultime linee guida ESC 2023 la strategia invasiva precoce (<24 h), nell'ambito dell'NSTEMI, sia stata declassata da una classe di raccomandazione I a IIa. Il problema del timing si pone con maggiore importanza nei centri che, non essendo dotati di un laboratorio di emodinamica, non possono garantire autonomamente l'esecuzione della coronarografia e sono costretti a trasferire il paziente presso altro centro. Questo comporta spesso notevoli disagi organizzativi che rischiano di influire sulla qualità di cure del paziente. Per tale motivo, è emerso con forza come in ogni provincia dovrebbe essere presente una rete degli NSTEMI ben sviluppata e ben funzionante,

in grado di garantire un'erogazione delle cure dinamica e di elevata qualità al paziente affetto da NSTEMI. Dalla Survey, che consta di 15 items, è emersa sostanziale omogeneità di organizzazione tra centri Hub e Spoke per quanto riguarda il timing della coronarografia, tuttavia emergono alcune differenze interregionali. I risultati della survey sono stati presentati dai Presidenti Regionali ANMCO coinvolti nel Talk Regioni. Giuseppe Musumeci ha presentato i risultati del Piemonte-Valle d'Aosta. In primis ha sottolineato che, se da un lato i risultati dell'angioplastica primaria sono ben consolidati avendo raggiunto i numeri della Germania, dall'altra i dati sull'NSTEMI sono ancora confusi. In queste regioni non esiste una vera e propria rete dell'NSTEMI,



ma viene compensata da rapporti interpersonali ben funzionanti tra gli Ospedali. Ci sono pochi centri Spoke (6/26 Cardiologie, le altre sono dotate di Emodinamica e 9 di Cardiochirurgia). Dalle risposte alla Survey di 17 colleghi è emerso un tempo medio di trasferimento al centro Hub di 40 minuti, quasi sempre con un'ambulanza medicalizzata, in modo da garantire l'esecuzione della coronarografia in 24-48 ore. Claudio Cavallini ha presentato i risultati dell'Umbria, dovei sono attive 6 Cardiologie, di cui 3 Hub con Emodinamica h24. La rete per lo STEACS è stata la prima a livello regionale per le patologie tempo-dipendenti, seguita dalla rete dell'ictus e del politrauma. Gli NSTEMACS ad altissimo rischio vengono trattati come gli STEACS, quelli con GRACE Score > 140 vengono trattati entro 24 ore, mentre in caso di rischio intermedio-basso la coronarografia viene eseguita entro 24-72ore. La criticità organizzativa maggiore è spesso l'assenza di posto letto nel centro Hub, motivo per cui tendenzialmente il paziente non complicato, dopo l'angioplastica, torna nell'ospedale di provenienza (modalità "in service"). Dal Molise Isabella Tavarozzi sottolinea quanto la mancanza di una rete possa determinare ritardi diagnostici, problemi di afferenza al centro corretto, difficoltà organizzative. In Molise ci sono 3 Cardiologie tutte dotate di UTIC ed Emodinamica, 2 sono Cardiologie Spoke ed una è centro Hub regionale sito a Campobasso dove opera anche la Cardiochirurgia per le urgenze regionali e lo standby chirurgico delle procedura interventistiche.

C'è un Ospedale senza Cardiologia, dotato di PS e sito in area disagiata. Vengono sottolineate le difficoltà logistiche legate al territorio impervio, scarsamente popolato con prevalenza di aree montane e rurali, e privo di rete autostradale interna. Sussiste in regione una grossa difficoltà nel reperire medici di Emergenza-Urgenza, Cardiologici clinici ed Emodinamisti. Logisticamente la destinazione delle ambulanze 118 con sospette NSTEMACS è legata più alla vicinanza del presidio ospedaliero che alla presenza dell'Emodinamica. Il trasferimento del malato dal centro Spoke a quello Hub prevede la presenza a bordo dell'ambulanza di un Cardiologo reperibile. Infine, Roberto Caporale ha presentato i dati della Calabria, dove sono attive 6 Cardiologie con Emodinamica, delle quali 3 in Ospedali regionali Hub e 5 attive h24. Anche questa regione ha un'orografia particolare con aree interne impervie e mal collegate, il che comporta talora tempi di percorrenza molto elevati. A questo si somma la carenza di Emodinamisti in centri periferici e l'assenza di una rete per l'NSTEMACS, problemi che hanno determinato un gap del 15% nel numero di PCI rispetto alla media nazionale. Queste difficoltà potrebbero essere superate ottimizzando l'attività dei centri esistenti, aumentando di una o due entità le strutture con Emodinamica h 24, per non correre il rischio di non garantire un volume procedurale adeguato per singolo centro, e potenziando i trasporti da 118 e l'utilizzo dell'elisoccorso in particolare, soluzione in prima ipotesi più

facilmente realizzabile ed economica. Infine, viene ribadita la necessità di istituire protocolli dedicati per i trasferimenti da Hub a Spoke, con retrocessione compensatoria dei costi di parte del valore del DRG, che garantirebbe una più completa gestione del paziente nei centri senza Emodinamica.

Per concludere, si è svolta un'interessante discussione che ha fatto emergere i punti critici in merito alla creazione di una rete NSTEMACS. In primis, sarebbe utile standardizzare la modalità in cui il Centro Spoke richiede il trasferimento all'Hub, ad esempio prendendo spunto dal sistema telematico già attivo in Emilia. In merito al trasporto, la presenza mandatoria del Cardiologo crea disagi organizzativi al centro Spoke, per cui potrebbe essere sostituito da laici formati all'utilizzo del DAE, come già avviene in alcune realtà. Dopo angioplastica non complicata un'osservazione variabile tra 30 minuti a 4 ore a seconda delle modalità di ri-trasferimento (con o senza medico a bordo) potrebbe risolvere la criticità organizzativa maggiore (legata alla carenza di posto letto nel centro Hub) e incentivare i Cardiologi che si trovano a lavorare nei centri periferici. Non ultimo, andrebbero adeguati i DRG delle strutture che eseguono le angioplastiche ma poi non dimettono il paziente indice. Sarebbe quindi auspicabile la creazione di un modello unico tramite la creazione di un position paper ANMCO, che potrebbe incentivare l'adesione a tale progetto.♥