di Fabrizio Luigi Pizzetti
a nome dell'Area Aritmie ANMCO

Dottore, non mi verrà mica la morte improvvisa?

Quante volte, magari in un'altra forma, vi è stata rivolta questa domanda nel corso delle vostre visite cardiologiche? Poche, scommetto, a meno che non teniate un ambulatorio prettamente dedicato. Ma quanti ambulatori dedicati alla prevenzione della morte improvvisa ci sono in Italia? E quanti in proporzione agli ambulatori dedicati all'ipertensione arteriosa o alle dislipidemie? Sembrerebbe quasi un problema di secondaria importanza, non fosse che la morte improvvisa rappresenta quasi il 5% delle morti totali in Europa: un recente bellissimo lavoro (1) statistico / epidemiologico (fra i cui autori brillano alcuni nomi illustri ANMCO) descrive l'incidenza della morte improvvisa nei 26 paesi europei nel decennio 2010-2020. Seppur coi limiti della statistica generale (codifica, mancanza di autopsie, ecc.) il numero è veramente impressionante: 2.583.559 morti improvvise, che si riassumono nel terribile dato di una morte improvvisa ogni 2,2 minuti (in una popolazione di 515 milioni di persone). A fronte di un rilevante peso epidemiologico e di un pesantissimo rilievo sociale (l'impatto di una morte improvvisa come ben sappiamo è decisamente superiore a quello di una morte annunciata) non corrisponde quindi un altrettanto pesante "allarme" sociale e sanitario. Ovviamente i cardiologi sono ben consapevoli di questo problema, ma questo non contribuisce a minimizzare il gap tra il problema reale e la sua percezione. Questo si riflette in una minor prevenzione, con tutte le conseguenze immaginabili. Quali sono le cause di questo mismatch? E quali possono essere i rimedi? Iniziamo dai dati rilevanti che il lavoro citato fornisce: innanzitutto la prevalenza è nettamente a sfavore dei maschi ed interessa tutte le fasce d'età con un naturale incremento contestuale dell'incidenza con l'età. La prevalenza non è uguale nei vari paesi d'Europa, ma questo dato può riflettere differenti codifiche, diverse percentuali di diagnosi corrette, diversa distribuzione dei fattori di rischio. Comune a tutti i 26 paesi è la scarsa percentuale di autopsie condotte con metodo corretto e quindi sicuramente diagnostiche. Il trend è in generale aumento, soprattutto fra le donne anziane, ma molto variabile fra le varie nazioni (il trend italiano è fortunatamente in calo). Gli autori descrivono molto bene le possibili cause di queste ed altre difformità. Quindi partiamo da un primo punto di difficoltà: la diagnosi stessa di morte improvvisa non è sempre precisa ed attendibile, né riconducibile con certezza ad una causa fra le tante possibili (ricordiamo che le cause cardiache/ cardiovascolari sono nettamente preponderanti, ma non le sole). A mio personale avviso una delle possibili cause della scarsa sensibilità al problema è di ordine culturale e psicologico: soprattutto nella nostra popolazione italiana (medici compresi) l'argomento della morte è spesso tabù, soprattutto se improvvisa e (parzialmente) inspiegata o meglio direi incomprensibile. Concetti come quello di fato, destino avverso, jella o maledizioni, sono presenti, almeno nel subconscio, di molti di noi. Questo non è scientifico, ma la medicina è anche un'arte! Tornando a ragionamenti scientifici sicuramente gioca a sfavore l'indeterminatezza della diagnosi in una elevata percentuale di casi: la natura stessa della morte improvvisa, per definizione improvvisa, ostacola molto spesso l'accertamento diagnostico corretto; la possibile origine da patologie fra loro diverse e non diagnosticate in precedenza genera confusione sia tra i famigliari o gli astanti, sia fra i medici che, interpellati, non possono dare spiegazioni dettagliate o formulare ipotesi precise: ecco quindi fiorire diagnosi generiche come "infarto", "colpo", "ictus", "collasso", ecc. Per questo motivo le Linee Guida sulla prevenzione della morte improvvisa raccomandano in classe I l'esecuzione di autopsia, allo scopo di precisare (anche per ovvi motivi di genetica famigliare), il motivo della morte. Come già detto, nonostante ciò, le statistiche risultano inquinate da una bassa percentuale di autopsie eseguite e da una qualità subottimale per la mancata aderenza a protocolli condivisi. Su questo punto, quindi, molto è da fare. La diagnosi di patologie predisponenti alla morte improvvisa deve coinvolgere ovviamente la popolazione giovanile e pediatrica. Sotto questo aspetto la cardiologia italiana, con la sua legislazione e organizzazione nello

screening di patologie cardiache alla nascita e negli sportivi, è sicuramente all'avanguardia. Molto meno possiamo dire nella difesa delle buone abitudini alimentari che rendevano la popolazione italiana a basso rischio di mortalità cardiovascolare generale e che così non è più a causa dei cambiamenti nelle abitudini alimentari e nella diffusione dell'obesità soprattutto infantile: alla lunga anche questo predispone all'insorgenza di morti improvvise. La presenza, tra le cause più comuni di morte improvvisa, di malattie cardiovascolari "prevedibili" come infarto, ictus ed embolia polmonare potrebbe facilitare il concetto di "prevenzione": la terapia antiipertensiva, a puro titolo esemplificativo, o la lotta all'obesità, collaborano a prevenire le malattie a loro volta causa di morte improvvisa. In questo senso quindi qualcosa (anche più di qualcosa) si fa, ma ciò non viene percepito dalla cittadinanza, e spesso nemmeno dalla classe medica, come lotta alla morte improvvisa, che resta in ombra. Questo aspetto non ha solo valenza filosofica ("basta che si faccia…"): buona parte della popolazione si sottopone volentieri alla prevenzione delle malattie oncologiche (e meno male!), dandola per scontata, perché sollecitata da campagne informative, dal passaparola e dai medici con cui vengono in contatto, siano essi medici di medicina generale sia specialisti; perfino la prevenzione dentale, pubblicizzata da una nota marca di dentifricio, è entrata nell'immaginario collettivo. Non così si può dire per la prevenzione della morte improvvisa, che dovrebbe spaventare (parcella a parte) ben più di una carie! Un altro tema scottante è quel che si può fare, una volta accertato il rischio, per prevenire l'evento. In questo il problema è tutto della classe medica, e cardiologica innanzitutto. Gli strumenti di classificazione del rischio, lo diciamo tutti i giorni, ci sono, ma sono abbastanza deludenti: valga per tutti l'esempio reiterato dell'uso della frazione d'eiezione inferiore al 35% come elemento spesso quasi unico per decidere l'impianto di un defibrillatore. Nonostante le evidenti difficoltà, dovrebbe essere compito principale della comunità cardiologica affinare quanto più possibile gli strumenti di stratificazione del rischio. Questo è difficile e comporta inevitabilmente tempi lunghi. Molto più immediata invece, e sicuramente produttiva, sarebbe la applicazione a tappeto dei criteri che già conosciamo: non sempre questi vengono applicati e non sempre correttamente, ancora una volta perché mentre a tutti, pazienti, medici di medicina generale e specialisti, sembra ovvio prescrivere esami tradizionali, non sempre il primo pensiero è quello di richiedere esami specifici per la prevenzione della morte improvvisa, e anche se eseguiti manca talvolta una figura di riferimento che ne dia la giusta interpretazione. Anche su questo c'è molto da fare. Una volta diagnosticati i soggetti a rischio, una volta fatto il possibile per la prevenzione, una volta messi in sicurezza i casi prevedibili, resta da vedere cosa fare per quei casi (ahimè numerosi e preponderanti) imprevedibili e veramente improvvisi. Anche su questo fronte in Italia come in altri Paesi non si è rimasti con le mani in mano e in molte realtà locali esiste una organizzazione territoriale che, tramite l'addestramento di laici, la diffusione dei DAE, la creazione di una consapevolezza che esce dai corridoi ospedalieri, sta creando i presupposti per un fattivo contrasto al problema. Per questi motivi l'Area Aritmie ANMCO ha posto fin dall'inizio fra i suoi scopi principali quello di contribuire ad una maggior consapevolezza nei confronti di un problema di sanità pubblica tanto importante dal punto di vista sanitario, sociale e culturale. L'interesse è fortunatamente condiviso da autorevoli membri del Consiglio Direttivo, coi quali è stato avviato un fattivo programma di collaborazione. La consapevolezza dell'esistenza del problema, a cui può contribuire anche un semplice scritto come il presente, può comunque far crescere l'humus culturale diffuso necessario, anzi indispensabile ad una sua miglior gestione.♥

1. Trends in sudden death-attributed mortality across Europe, 2010–2020: a retrospective population-based analysis.
Marco Zuin, Eloi Marijon, Kumar Narayanan, Francesco Vitali, Claudio Bilato, Pier Luigi Temporelli, Raffaele De Caterina, Sakis Themistoclakis, Fabrizio Oliva, Leonardo De Luca, Claudia Colombo, Cristina Balla, Michele Malagù, Luca Canovi, Giuseppe Boriani, and Matteo Bertini.
The Lancet Regional Health - Europe 2026;66: 101655 Published Online 23 April 2026 https://doi.org/10. 1016/j.lanepe.2026. 101655