



All'incontro del gruppo di studio sulla **valutazione cardiovascolare in pazienti con tumore** tenutosi in data **02 ottobre 2018** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

A.O.U. San Luigi Gonzaga Orbassano

A.O. Mauriziano

ASL Biella

ASL CN 1

ASL Città di Torino

ASL TO 3

ASL TO 4

IRCCS Candiolo

Humanitas Gradenigo

Nella riunione sono stati affrontati gli argomenti all'Ordine del Giorno:

1. La fragilità: una sindrome geriatrica (diapositive allegate)

Presentazione del **Prof. Mario BO**, responsabile della Geriatria Osp. Molinette

Distinzione tra invecchiamento funzionale, biologico e fenotipico: diversi modi di vedere l'invecchiamento.

Il Paziente fragile, anziano, ma non solo, si presenta più vulnerabile ad eventi avversi.

Importanza della distinzione tra "fragilità", "disabilità" e "comorbidità": il Pt fragile può evolvere verso la disabilità con un peggioramento delle prognosi e mortalità più elevata (>65 anni: 5-20%, > 75 anni: 20-30%, >85 anni: 30-60%)

La capacità intrinseca è influenzata da fattori ambientali e sociali.

La Fragilità è uno dei domains esplorati nella Valutazione Geriatrica Multidimensionale ed è legata allo sviluppo di sarcopenia e con attivazione di un processo infiammatorio, comune ad altre patologie.

La solitudine, l'isolamento sociale e le condizioni socioeconomiche sono ulteriori fattori che predispongono alla fragilità.

La valutazione della fragilità è fondamentale per selezione preprocedurale, ottimizzazione interventi e allocazione risorse, riduzione futilità terapeutica e iatrogenesi.

Fragilità e disabilità, quindi, devono essere pesate in modo diverso quando si prospettino interventi o procedure terapeutiche (CT, RT, terapie anticoagulanti). Questi ultimi devono essere correlati con l'aspettativa e la qualità di vita del Pt.

Dopo la relazione si apre la discussione che verte sulle problematiche legate al miglioramento delle

terapie oncoematologiche, che comportano invecchiamento della popolazione, ma anche maggiori possibilità di incorrere in cardiopatie.

Da non sottovalutare, poi, l'aspetto psicologico legato ai controlli nei "cancer survivors" e alla giusta tempistica dei follow up.

2. Notizie dall'ESC. Interviene il Dr. Riccardo Asteggiano, fellow della Società Europea di Cardiologia, che aggiorna l'assemblea sui progetti ESC riguardo alla Cardioncologia, dai presupposti per la creazione di un "network" europeo alla formazione di elenco/app di farmaci cardiotossici, a protocolli condivisi.

Per il 2019 non sarà, invece, organizzato il congresso europeo di cardioncologia (come ipotizzato in passato), ma sarà comunque dedicata un'ampia sessione nell'ambito del congresso europeo di Parigi.

3. Collaborazione con società di cardiologia del territorio per programmi condivisi e diffusione di protocolli e raccomandazioni a livello nazionale, con il coinvolgimento anche dei medici di medicina generale. Il Dr. Brignardello sottolinea come esista già un progetto (che lo vede coinvolto insieme al Dr. Pizzini) per la gestione del diabete e delle complicanze endocrinologiche: propone di utilizzare un canale simile anche per la cardioncologia.

4. La dr.^{ssa} Fava fa presente che la SIECVI organizzerà in gennaio '19 una riunione regionale dedicata allo "strain", occasione di approfondimento di una metodica utile nello screening e diagnosi di cardiotossicità.

5. La Dr.^{ssa} Pregno propone una revisione delle raccomandazioni riguardanti il monitoraggio oncoematologico: (tempistiche di "follow up") si concorda di rivedere i documenti già pubblicati in Rete riguardo a linfomi e tumore mammario.

6. Riallacciando il discorso al tema delle fragilità il Dr. Brignardello evidenzia come i "cancer survivors" mostrino segni di invecchiamento precoce, probabilmente legato ai processi infiammatori sottostanti. Nella correzione dei fattori di rischio si rileva una certa difficoltà nell'ottimizzare il controllo della colesterolemia e nel raggiungimento del target ($LDL < 100$ mg/dl o anche meno). In questo contesto si propone l'utilizzo dei nuovi farmaci biologici (anticorpi monoclonali inibitori dei PCSK9, come evolocumab e alirocumab).



7. A questo proposito si rileva la necessità di ribadire alle Ematologie lo scorretto uso (ancora parzialmente diffuso) della scintigrafia miocardica (elevato rischio radiologico) per valutare la frazione d'eiezione ventricolare, preferendo l'ecocardiogramma (possibilmente 3D, almeno 2D biplano); nel caso di sospetto di ischemia, si utilizzerà il test ergometrico o l'ecostress come test di secondo livello. La Dr.^{ssa} Pregno si fa carico di diffondere questo messaggio a tutte le Ematologie della Rete, dopo revisione dei dati di Letteratura e delle Linee Guida, in particolare riguardo allo screening nel trapianto allogenico di midollo.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **20 novembre 2018**, **inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.**