

## ARCA- Sezione MOLISE

*Considerando la pandemia da coronavirus COVID-19 in corso e le grosse difficoltà del sistema SSN nella gestione del contenimento del contagio L'ARCA Molise (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali- MOLISE) si sente in dovere di dare il proprio contributo non solo scientifico.*

### PREMESSA

Secondo un recente report dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) **la mortalità in pazienti deceduti e positivi al virus SARS-CoV-2 è del 5,8%, ed è più alta nei pazienti con malattie cardiovascolari.** (1)

Dall'analisi ISS fatta sui pazienti deceduti con COVID-19, il 30.1% presentano una cardiopatia ischemica, l'11% ictus ed il 22% una fibrillazione atriale, il 73.8% ipertensione arteriosa; e la mortalità, che è poco superiore al 2% nella popolazione generale, sale al 6% nei pazienti ipertesi e raggiunge il 10% nei pazienti con scompenso cardiaco o altre malattie cardiovascolari.

Il fatto che i pazienti COVID-19 con patologie cardiovascolari siano a maggior rischio di manifestare un decorso critico non è solo legata alla loro maggiore età e fragilità sistemica, ma anche alla destabilizzazione di problematiche cardiovascolari preesistenti che si possono associare ad un maggior danno cardiaco acuto e a complicanze di tipo aritmico.

### COVID-19 e complicanze cardiovascolari

Il virus SARS-CoV-2 colpisce l'apparato respiratorio e nel 10% dei casi determina polmoniti interstiziali bilaterali con la necessità frequente di intubare spesso il paziente.

L'infezione può scatenare una risposta infiammatoria a livello polmonare molto importante con la produzione di grandi quantità di radicali liberi ed interleuchine che vengono immesse in circolo, trasformando l'infiammazione da locale in sistemica. Lo stato infiammatorio sistemico, pertanto, si può portare alla destabilizzare di placche ateromasiche, anche piccole, che portano ad un **aumento degli eventi cardiovascolari acuti (infarti ed ictus)** in questi pazienti. Uno dei rischi del COVID-19, quindi, è che possano insorgere infarti del miocardio che possono decorrere in maniera misconosciuti in soggetti con un quadro clinico compromesso e, come già detto, frequentemente intubati, e che possa pregiudicarne in maniera importante la prognosi.

La stessa risposta infiammatoria innescata da SARS-CoV-2 potrebbe avere degli effetti dannosi diretti sul miocardio. Infatti, non si può escludere **che l'infezione virale causi un danno miocitico diretto** con associate miocarditi, come è stato già dimostrato nel caso di infezione da altri tipi di coronavirus. In una recente pubblicazione **Ying-Ying Zheng** e collaboratori sostengono che l'azione del virus sul cuore potrebbe essere mediata da un

recettore particolarmente espresso sia dalle cellule dei polmoni che dalle cellule del tessuto cardiaco: l'ACE-2. (2) Secondo i primi studi, il SARS-CoV-2, esattamente come altri coronavirus (es quello della SARS nel 2003) sarebbe in grado di legarsi alla recettore ACE2, espressa a livello cardiovascolare, grazie a una sua proteina di superficie: la cosiddetta proteina "Spike". Se l'ipotesi venisse confermata avremmo una spiegazione del meccanismo alla base di alcune delle manifestazioni a livello cardiaco del SARS-CoV-2

Altra problematica è l'alterazione degli scambi gassosi dovuti alla scarsa capacità dei polmoni di ossigenare il sangue che ha come diretta conseguenza un carico di lavoro superiore per il cuore, a cui viene chiesto di pomparne di più e più velocemente. Tutto ciò può sicuramente far precipitare un quadro di compenso in soggetti con nota fibrillazione atriale e/o cardiopatia

Inoltre, **nella pratica clinica sono sempre più frequenti i pazienti non-COVID19 con TIA o SCA che rifiutano il ricovero in ambiente ospedaliero per paura del contagio.** E' stato notato, che i pazienti con infarto acuto arrivano sempre più tardivamente rispetto a prima del diffondersi dell'epidemia. Questo fa presagire che a breve superata la fase di urgenza COVID19, potremmo trovarci a trattare una serie di cardiopatici che nel frattempo non si sono curati in modo opportuno. Pertanto, essendo questa una tra le categorie di malati cronici in assoluto più a rischio, è necessaria una particolare attenzione soprattutto in questo momento

## **MOLISE e COVID-19**

La regione Molise, attualmente ha apparentemente una bassa incidenza di pazienti COVID19, presumibilmente sottostimata. In attesa dell'aumento della curva di infezione, la regione ha puntato nella riorganizzazione ospedaliera trasformando molti letti di degenza in letti COVID così come altre regioni del centro-sud.

I cardiologi ambulatoriali operanti sul territorio, dopo l'adozione delle "misure di contenimento", sono stati invitati a ridurre e/o a sospendere la propria attività in quanto non provvisti di adeguati dispositivi di protezione così come gli altri operatori sanitari del territorio (MMG, pediatri, specialisti etc). Pertanto, tutte le visite mediche programmate di routine sono state rimandate con l'indicazione a preferire il triage telefonico - come se un cardiopalmo aritmico, una precordialgia, uno scompenso possano essere gestito e risolto telefonicamente -. I poliambulatori sono stati chiusi a giorni alterni generando ancora più confusione nei pazienti e negli operatori su come gestire la riprogrammazione e quando farla.

**A nostro avviso gli ambulatori sul territorio devono continuare a funzionare soprattutto per evitare una minore affluenza in ospedale.**

**Altra nota dolente è che nel confronto con colleghi di altre regioni l'organizzazione è spesso diversa in quanto legata alla diversa organizzazione sanitaria.**

**Chiediamo, pertanto, che nei momenti di grande crisi come questo, ci debbano essere proposte concrete ed univoche. In questo la nostra Società Scientifica a nostro avviso può dare il suo contributo.**

## ***PROPOSTA:***

**Proponiamo che l'ARCA prenda una posizione ben precisa agendo sulle autorità competenti riguardo:**

- 1. acquisizione di dispositivi di protezione individuale (DPI)**
- 2. uso dei tamponi**
- 3. necessità di una diversa organizzazione sanitaria in fase critica**

**1. Acquisizione DPI:** L'ART. 2 della normativa vigente del D.P.C.M. del 4.3.2020 che detta le misure da adottare sull'intero territorio nazionale recita che ***"il personale sanitario si deve attenere alle appropriate misure di prevenzione per la diffusione delle infezioni per via respiratoria..."***

I sanitari per poter garantire appropriate misure di prevenzione devono però essere dotati non solo di mascherine appropriate ma anche, quando è necessario, di occhialini, guanti, camici monouso e soprascarpe impermeabili, cioè dei così detti dispositivi di protezione individuale (DPI). Tali dispositivi devono essere forniti non solo ai medici che sono in prima linea nelle strutture ospedaliere, ma anche a chi si trova ad operare sul territorio.

**Auspicabile è che ad esempio piccole aziende tessili locali, su spinta governativa, rimodulino le loro attività per produrre i DPI.**

**2. Uso dei tamponi:** Nella pratica clinica stiamo assistendo sempre più a vedere personale sanitario che si contagia nello svolgere il proprio dovere. Nella regione Molise abbiamo avuto alcuni casi di medici che sono stati "diffusori" del virus non sapendo di essere infetti. Pertanto, L'uso dei tamponi sul personale sanitario che viene a contatto in vario modo con i pazienti anche non-COVID è da considerarsi prioritario, al fine di individuare in maniera precoce i sanitari positivi al COVID 19 ed evitare così la diffusione del virus. Serve, inoltre, sensibilizzare **gli stessi operatori sanitari a non prestare attività se presentano sintomi anche sfumati**, effettuando i tamponi di verifica prima di qualsiasi contatto o meglio ancora i nuovi kit IgM/IgG. Recentemente, infatti, è stato approvato dal Ministero della Salute il covid 19 IgM/IgG rapid test che permette di avere un risultato in 15 minuti.

**Attualmente i tamponi sono eseguiti**, seguendo le linee guida OMS consigliate, **solo sui pazienti con febbre e sintomi respiratori** dopo valutazione del medico di medicina generale (MMG) e previo contatto del numero verde. **L'importante diffusione dei contagi, però, ha fatto sì che sia difficile reperire sia i tamponi e sia i reagenti.**

**L'ARCA può suggerire alle autorità competenti, ad esempio, che in una condizione pandemica appare inutile usare i tamponi in pazienti che presentano inequivocabilmente**

**sintomi per COVID-19** come febbre e insufficienza respiratoria, come attualmente si fa nella pratica clinica, in quanto è solo una ulteriore conferma. In questi soggetti deve essere sufficiente la clinica ed altri test come Rx/TAC a portare il paziente ad essere trattato come paziente COVID. Questo permetterebbe di **avere più tamponi disponibili per i sanitari o**

**anche per pazienti con sintomi sfumati e/o dubbi, che possono potenzialmente contagiare altri soggetti.** I Kit possono essere usati per scrinare la popolazione e limitare la conferma della positività con il tampone solo quando sono IgM +.

### 3. **Necessità di una diversa organizzazione sanitaria in fase critica:**

Le strutture sanitarie delle regioni del nord, che si sono trovate ad affrontare inaspettatamente il rapido diffondersi del SARS-CoV-2, hanno dovuto velocemente attrezzarsi con numerosi posti letto COVID. **Il trattamento di pazienti COVID-19 si svolge pertanto nelle regioni più colpite essenzialmente in ospedale.**

Con il passare dei giorni, però, sono sempre più numerose le voci di colleghi che fanno emergere **i grossi limiti del sistema OSPEDALE-CENTRICO.** Gli ospedali ormai sono diventati essi stessi a volte amplificatori della diffusione. Pertanto, **vi è urgente bisogno di un cambio di mentalità nella gestione con programmi che abbiano una visione anche prospettica.**

La regione Molise ha puntato, come molte altre regioni nella riorganizzazione ospedaliera trasformando molti letti di degenza in “letti-COVID”, così come altre regioni del centro-sud. Molti delle regioni del centro-sud, però, vengono da anni di commissariamento che ha portato tagli non solo sui posti letto, ma anche del personale qualificato. Pertanto, se la curva di diffusione improvvisamente si impennasse gli ospedali verrebbe semplicemente sopraffatti e sicuramente in un periodo molto inferiore a quello delle regioni del nord, da sempre più all'avanguardia e più virtuose.

**La proposta**, pertanto, è quella di adottare almeno nelle regioni del Centro-SUD in cui la diffusione ancora è allo stato più limitata un **modello TERRITORIO-CENTRICO** e che punti essenzialmente sulla **prevenzione**, come suggeriscono anche i colleghi dell'Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo IN un recente articolo su New England Journal. (3)

1. **Misure contenitive sulla popolazione:** data la diffusione veloce il governo, seguendo l'esempio della Cina, ha adottato misure “draconiane” di contenimento adottando politiche di **“distanziamento sociale”**. La prevenzione del contagio tramite limitazione dei contatti è sicuramente la prima risposta contro le infezioni da nuovi patogeni. Ma nella pratica può presentare grossi limiti se non si associano altre misure come:
  - a. **Uso diffuso di mascherine**
  - b. **Tamponi/ Ig KIT rapidi** eseguiti
    - a tappeto **in maniera mirata** su alcuni gruppi della popolazione (es sanitari, cassiere) o su pazienti con problematiche cardiopolmonari con sintomi sfumati.
    - **in ambulatori anche privati e a pagamento**
    - **in modalità “DRIVE-IN” (paziente in macchina)**

- c. “**distanziamento sociale**” anche nelle famiglie, soprattutto se presenti soggetti cardiopatici, e prevedere strutture (es alberghi) per personale sanitario o paziente che non possono avere un adeguato isolamento domiciliare.
2. **Riattivazione degli ambulatori del territorio** soprattutto di quelli cardiologici **con personale medico fornito di DPI** / fornire tutto il personale sanitario, anche del territorio di DPI.
  3. puntare su tutti gli strumenti e le tecnologie che permettono di aumentare le **cure domiciliari (dalla nutrizione all'ossigenoterapia)** e rendere più flessibile l'assistenza per esempio con il ricorso alle **strutture sanitarie mobili** per i casi meno gravi
  4. istituire figure sanitarie-tecniche di coordinamento governo-regioni differenti per il NORD e per il Centro-SUD.

#### **Referenze:**

1. Istituto Superiore di Sanità: report aggiornato 17 marzo 2020
2. “COVID 19 and the cardiovascular system”. Ying-Ying Zheng e coll; *Nature Reviews Cardiology* <https://doi.org/10.1038/s41569-020-0360-5>
3. “At the epicenter of the Covid19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspective on preparation and mitigation”. Mirco Nacoti e coll; *Catalyst-NEJM*- march 2020

Carcagnì Addolorata

Responsabile scientifico ARCA-Molise

Giuseppe D'Ascenzo

Presidente ARCA-Molise