



## Meeting Nazionale ITACARE-P 2025

La Cardiologia Riabilitativa e Preventiva  
come snodo fondamentale  
della cura della persona con cardiopatia



CENTRO CONGRESSI FRENTANI  
Roma, 21-22 novembre 2025

**L'attuale ricerca osservazionale in Italia nel campo della prevenzione cardiovascolare: cosa trasferire subito al cardiologo clinico**

**Francesco Orso**

Centro studi ANMCO  
Fondazione per il Tuo cuore, Firenze



# Disclosures

- None to be declared



# Cosa deve fare una associazione di cardiologi del SSN

- Cercare di migliorare la qualità delle cure nei pazienti con patologie cardiovascolari.
- Organizzare e concretizzare strategie per raggiungere questo obiettivo.
- Misurare i risultati in modo continuativo nel maggior numero possibile di centri cardiologici, così da avere ricadute a livello nazionale.





# Gli studi ANMCO – Fondazione per il Tuo cuore

## Ricerca osservazionale in Italia





Studio osservazionale, prospettico, multicentrico condotto su un ampio campione rappresentativo di centri cardiologici italiani.

## Obiettivo primario

- Valutare la **percentuale di pazienti** a goal per il colesterolo LDL (<55 mg/dL a 6 mesi)

## Obiettivo generale

- Verificare l'applicabilità nella pratica clinica delle nuove raccomandazioni delle linee guida.
- Favorirne il rapido trasferimento nella pratica clinica
- Migliorare la qualità delle cure dei pazienti in prevenzione secondaria



## Un problema comune

- I trial randomizzati di grande dimensione hanno fornito prove affidabili che le linee guida internazionali hanno incluso nelle loro raccomandazioni.
- Buona parte dei trattamenti raccomandati dalle linee guida sono rimborsati in Italia dal Servizio Sanitario Nazionale.
- Come avviene quasi ovunque, l'adozione delle linee guida nella pratica clinica in Italia è lenta e talvolta difficile, e gli obiettivi raccomandati sono lungi dall'essere raggiunti.



# Il problema specifico in ambito di prevenzione secondaria

- Recenti registri nazionali e internazionali hanno dimostrato che i livelli di colesterolo LDL sono ben lontani dall'obiettivo auspicabile raccomandato dalle linee guida ESC.
- Lo stesso vale per gli obiettivi relativi alla pressione arteriosa, al controllo del peso corporeo e all'HbA1c nei diabetici.



## Fasi

1. **Primo intervento educativo** (Ottobre 2023)
2. **Raccolta dei dati** (3 mesi o almeno 30 pazienti, Ottobre 2023 – Febbraio 2024)
3. **Valutazione degli endpoint dello studio a 6 mesi**
4. **Secondo intervento educativo** (Novembre 2024)
5. **Raccolta dati aggiuntiva** (3 mesi o almeno 30 pazienti, Dicembre 2024 – Marzo 2025)
6. **Valutazione degli endpoint dello studio a 6 mesi**
7. **7. Follow-up di 1 anno**



# Centri partecipanti e distribuzione nazionale



## I Fase di arruolamento:

200 Centri attivati



189 Centri attivi\*



4790 Pazienti



**8860**

## II Fase di arruolamento:

187 Centri attivati



4070 Pazienti



	I Fase (n. Centri)	II Fase (n. Centri)
Nord	89	70
Centro	37	31
Sud	63	54



\* Almeno un paziente arruolato



## **Ricerca ANMCO... una ricerca al servizio dei cardiologi e della cardiologia... perché prova a dare delle risposte...**

1. Riusciamo a raggiungere gli obiettivi raccomandati dalle linee guida?
2. Con quali strumenti riusciamo a raggiungere questi obiettivi?
3. Qual è la penetranza dei nuovi farmaci nella pratica clinica?
4. L'intolleranza del paziente è davvero un problema?
5. Stratifichiamo efficacemente il rischio dei nostri pazienti?





**Ricerca ANMCO... una ricerca al servizio dei cardiologi e della cardiologia...**

**Nella pratica clinica...**

1. Riusciamo a raggiungere gli obiettivi raccomandati dalle linee guida?

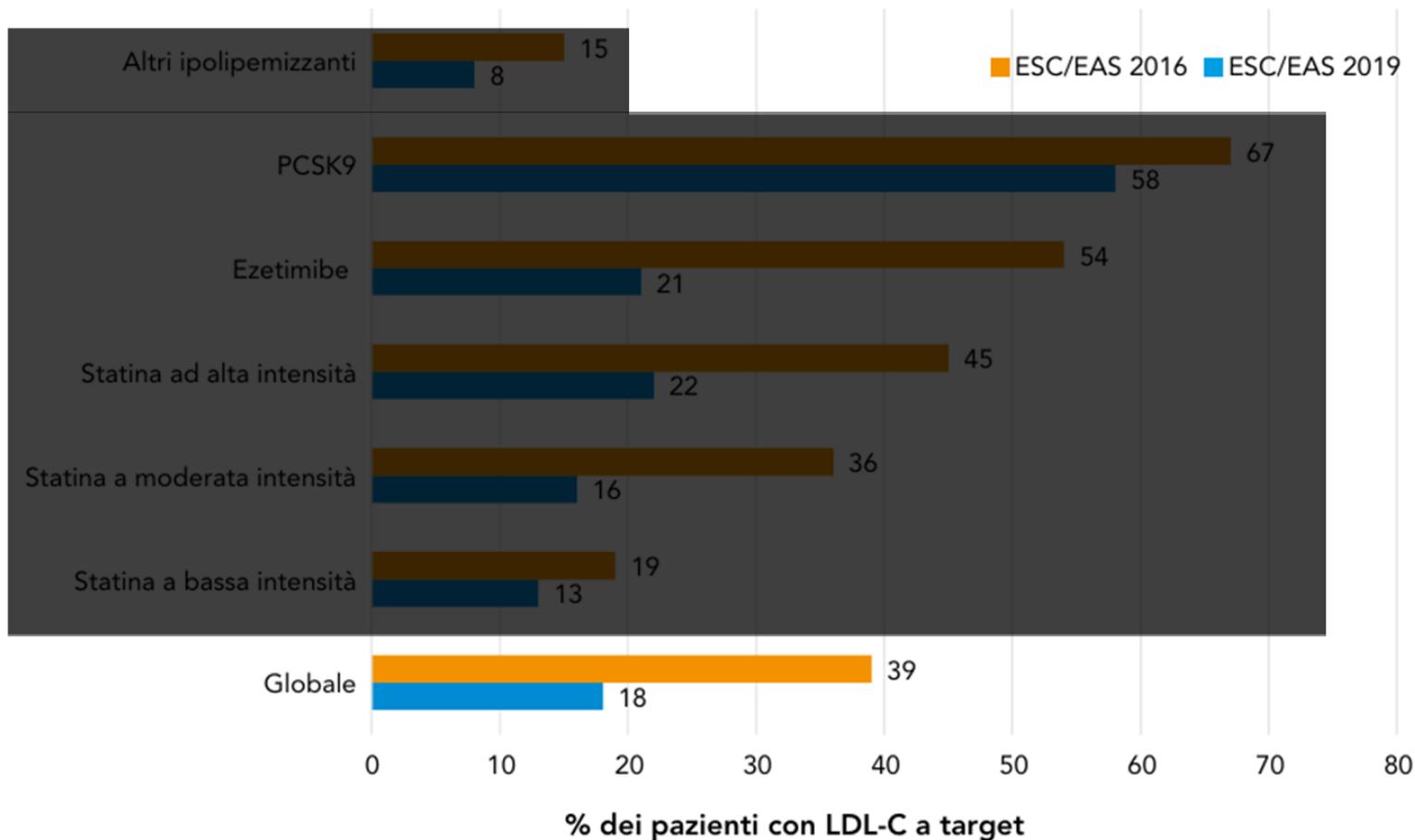




# Lo studio DA VINCI: più miseria che nobiltà

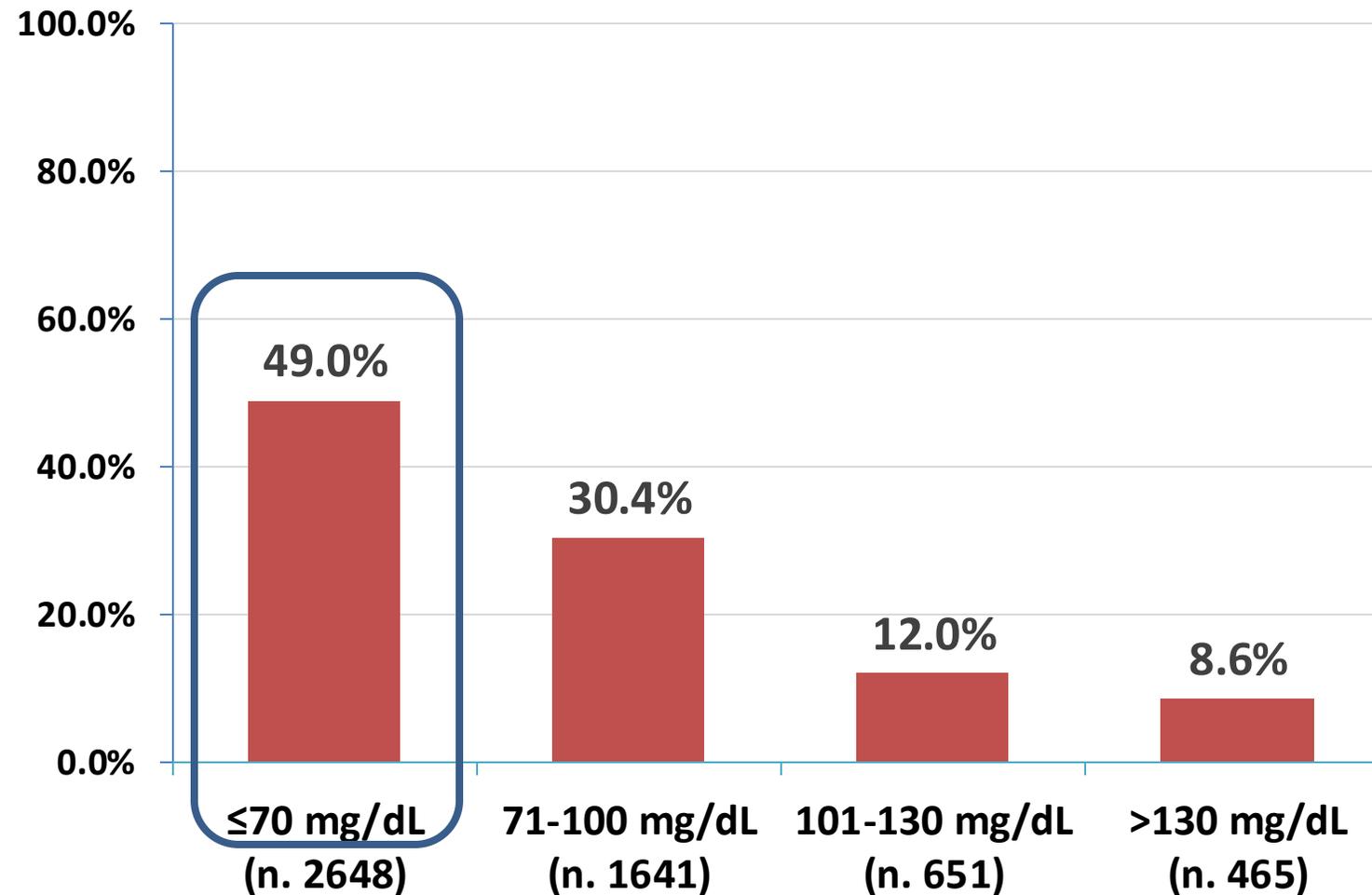
*Pierluigi Temporelli*

Raggiungimento del target LDL-C in pazienti con documentata malattia aterosclerotica cardiovascolare secondo le linee guida ESC/EAS 2016 e 2019



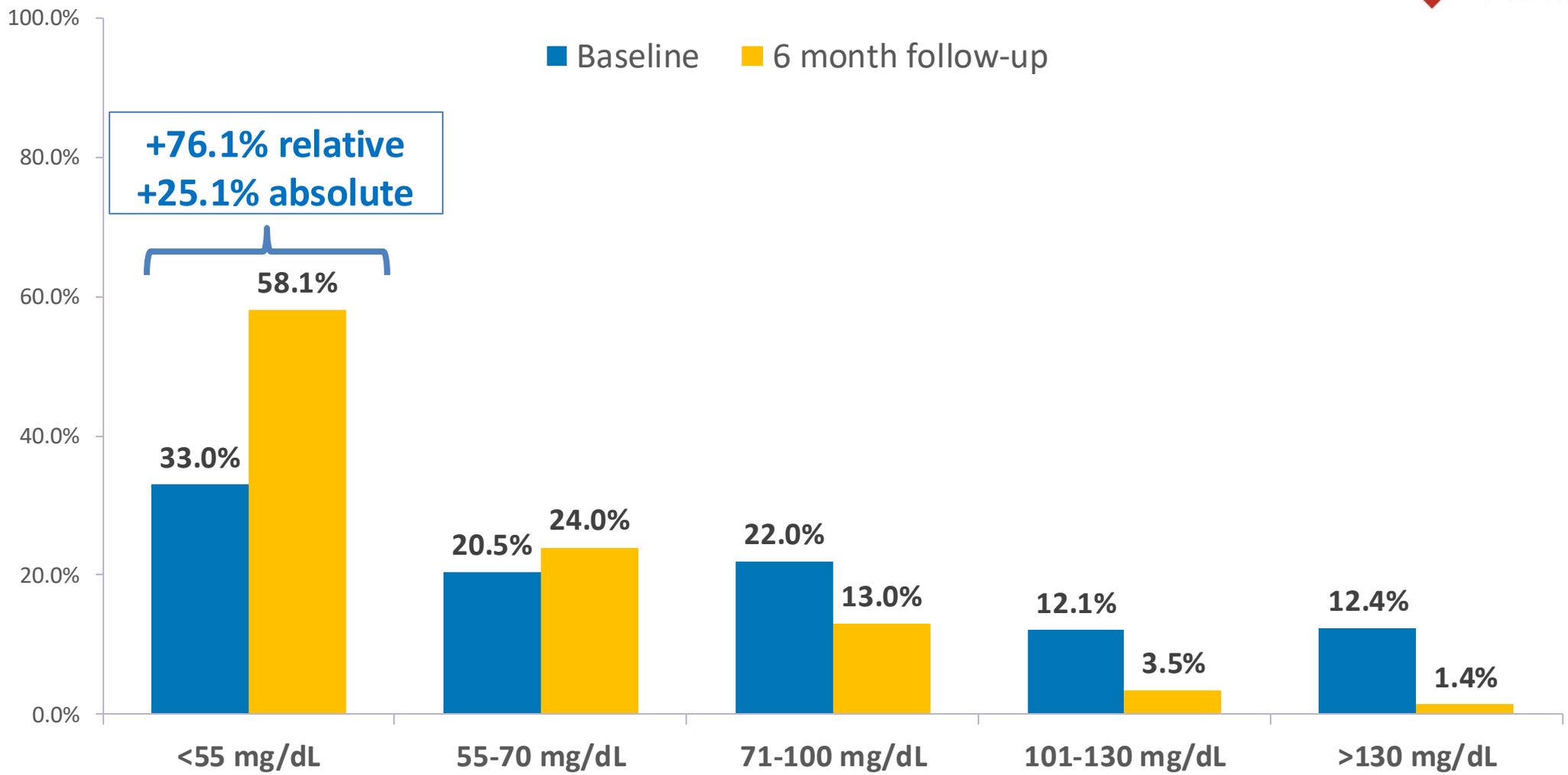


# POSTER: LDL-Cholesterol levels (n. 5402)





# LDL Cholesterol (4334 pts)

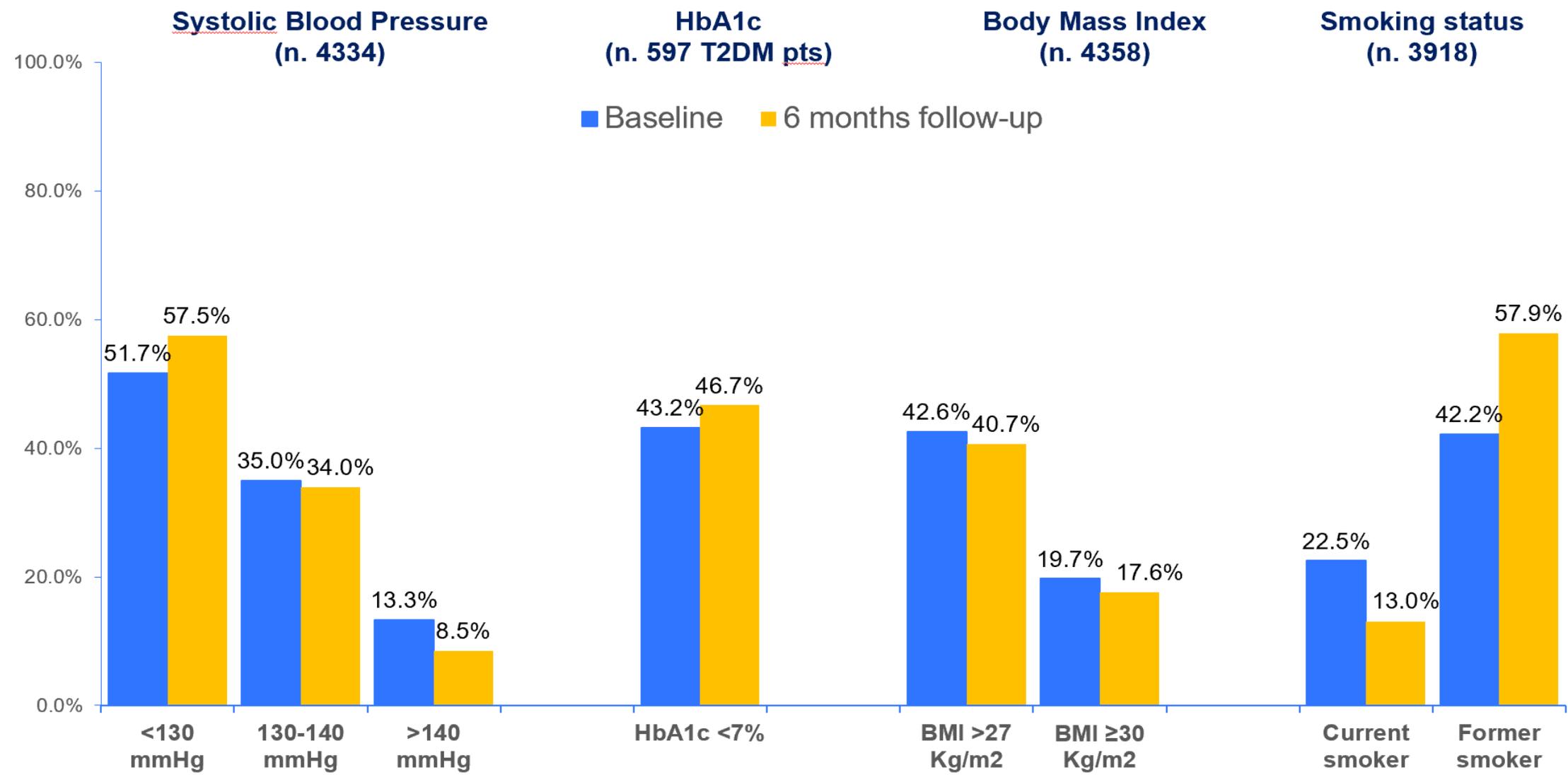


**+76.1% relative**  
**+25.1% absolute**





# Secondary end-points





**Ricerca ANMCO... una ricerca al servizio dei cardiologi e della cardiologia...**

**Nella pratica clinica...**

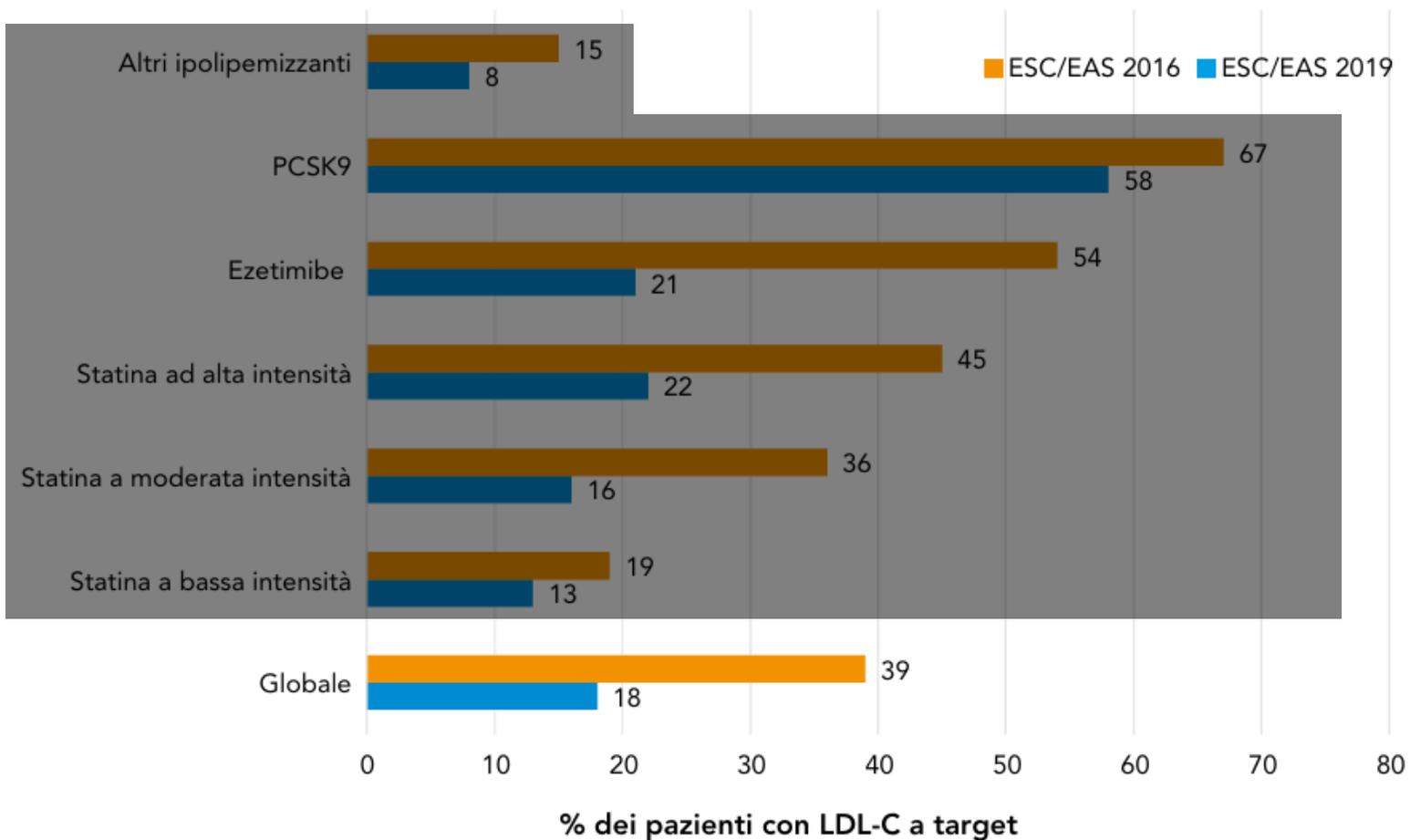
1. Riusciamo a raggiungere gli obiettivi raccomandati dalle linee guida?
- 2. Con quali strumenti riusciamo a raggiungere questi obiettivi?**



# Lo studio DA VINCI: più miseria che nobiltà

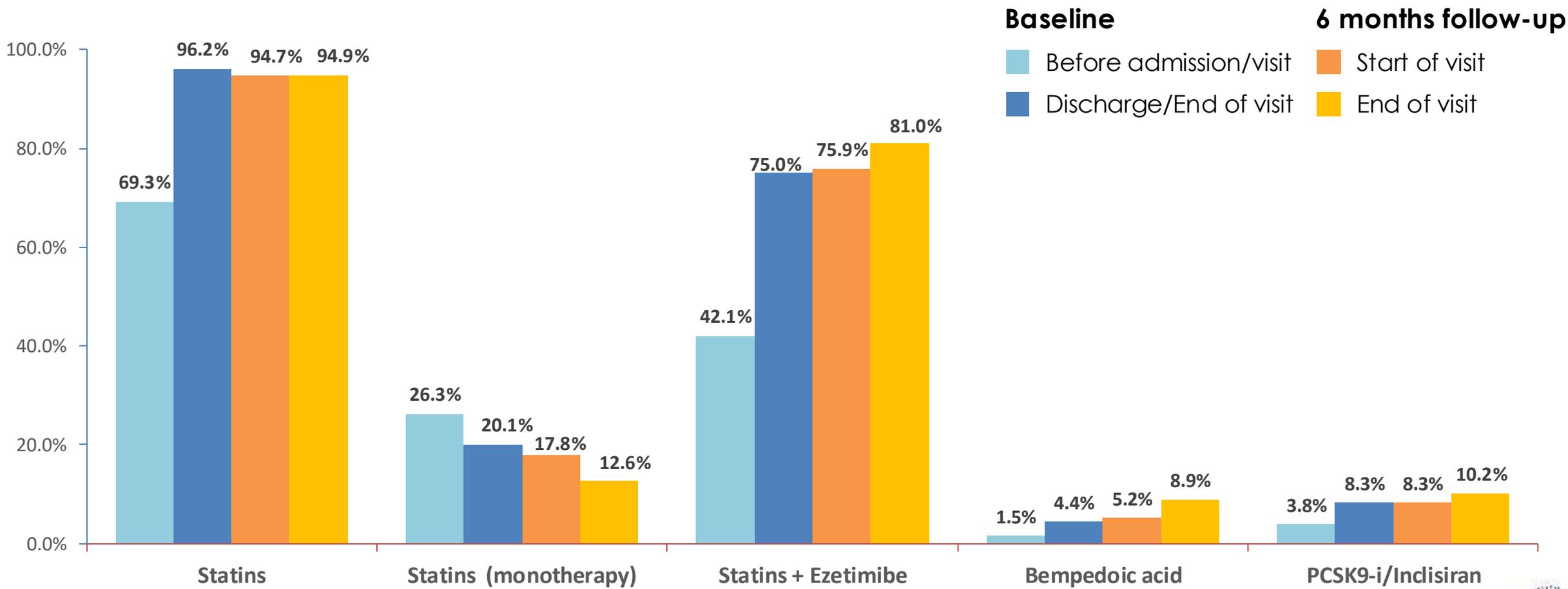
*Pierluigi Temporelli*

**Raggiungimento del target LDL-C in pazienti con documentata malattia aterosclerotica cardiovascolare secondo le linee guida ESC/EAS 2016 e 2019**



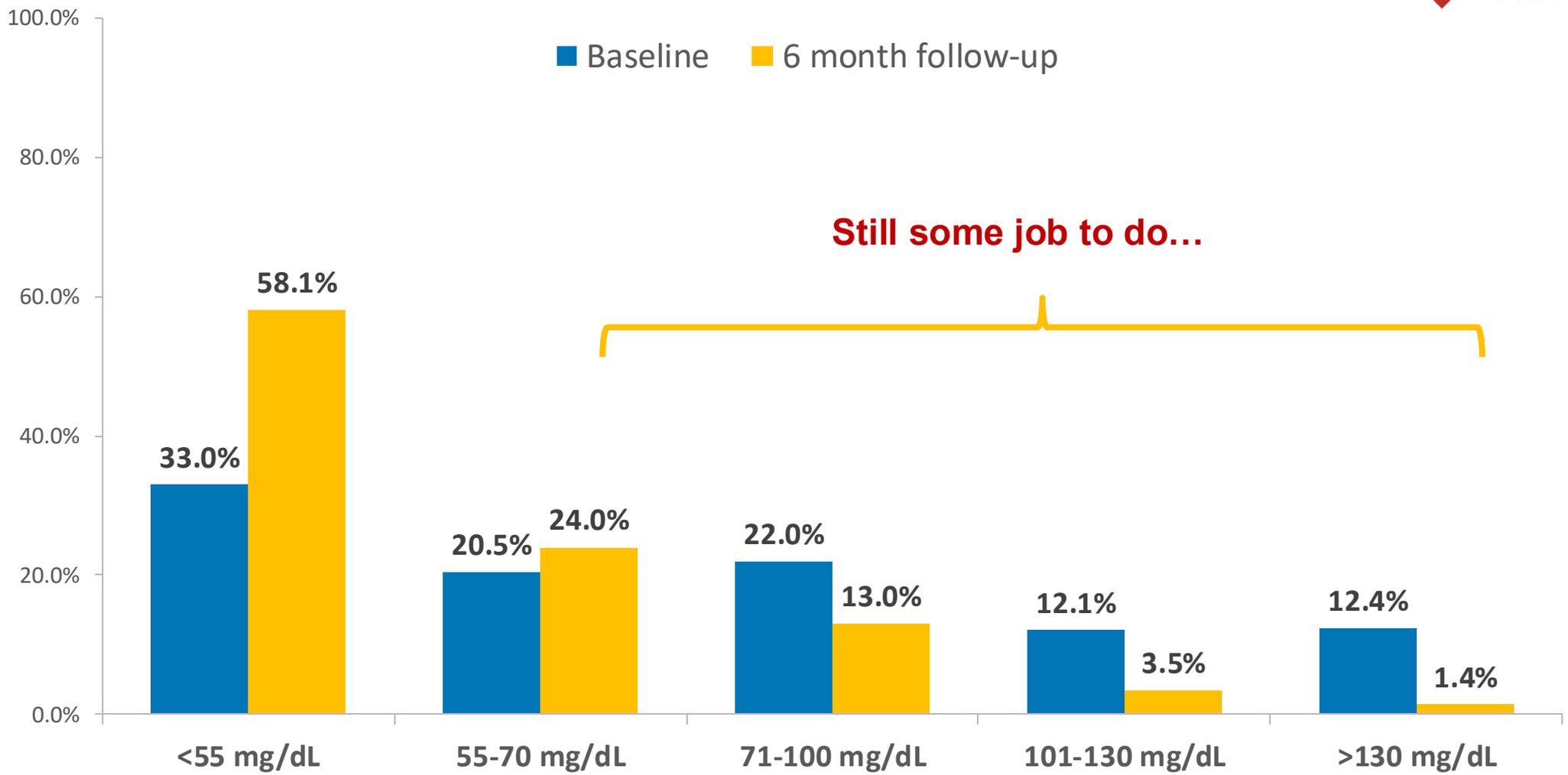


# Lipid Lowering Drugs (n. 4334)





# LDL Cholesterol (4334 pts)

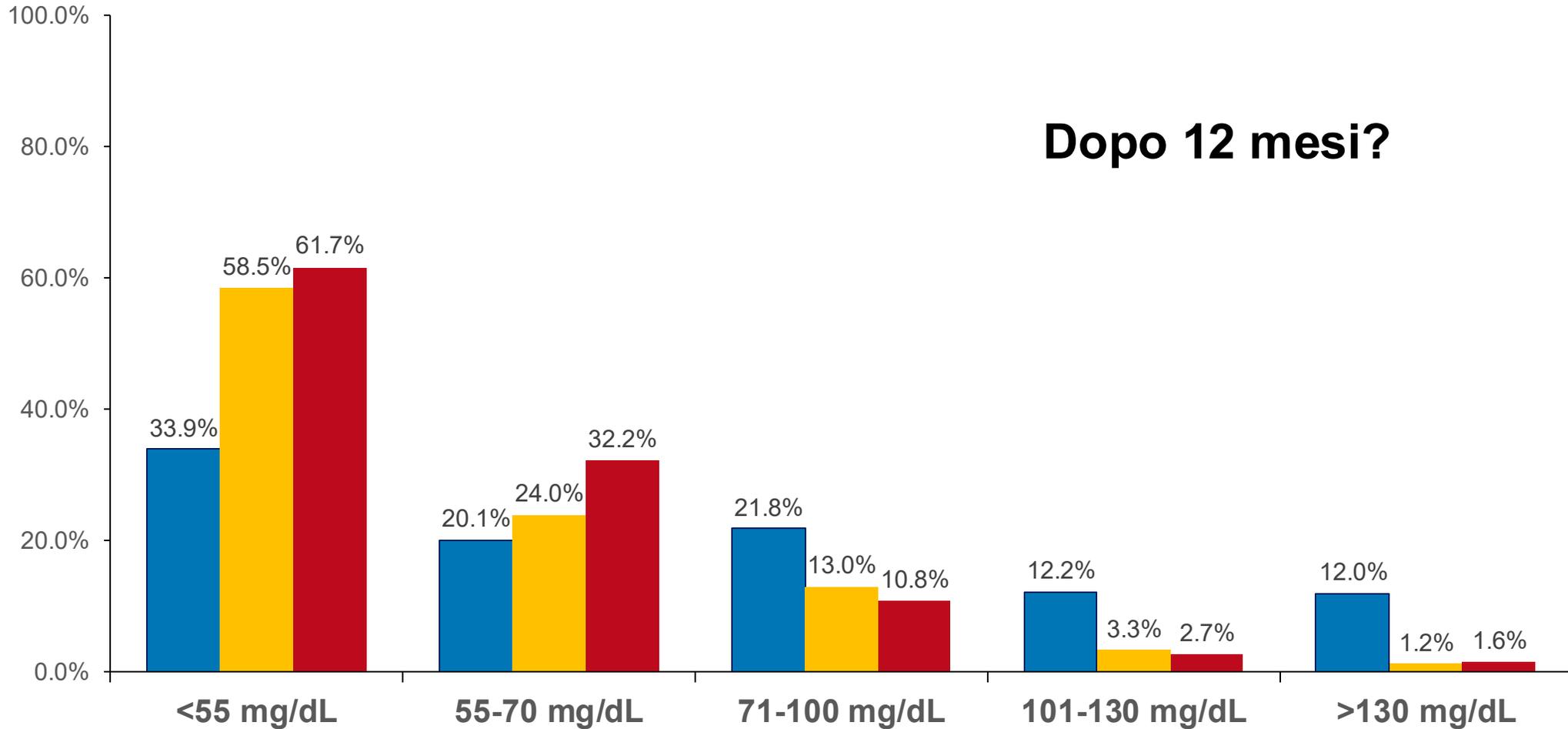




# LDL Cholesterol (3737 pts)



■ Basale ■ FU 6 mesi ■ FU 12 mesi





## Ricerca ANMCO... una ricerca al servizio dei cardiologi e della cardiologia...

### Nella pratica clinica...

1. Riusciamo a raggiungere gli obiettivi raccomandati dalle linee guida?
2. Con quali strumenti riusciamo a raggiungere questi obiettivi?
- 3. Qual è la penetranza dei nuovi farmaci nella pratica clinica?**



# Altri ipolipemizzanti

## I Fase (n. 4180)

## II Fase (n. 3693)

Farmaco	Basale Post-Visita n. (%)	FU a 6 mesi Post-visita n. (%)	FU a 12 mesi Post-visita n. (%)
Ezetimibe	3243 (77.6)	3527 (84.4)	3560 (85.2)
Fibrati	32 (0.8)	32 (0.8)	35 (0.8)
Evolocumab	133 (3.2)	152 (3.6)	168 (4.0)
Alirocumab	149 (3.6)	178 (4.3)	211 (5.1)
Inclisiran	63 (1.5)	95 (2.3)	106 (2.5)
Acido Bempedoico	188 (4.5)	376 (9.0)	444 (10.6)

**12.3%****18.3%****21.0%**

Basale Post-visita n. (%)
3045 (82.5)
30 (0.8)
132 (3.6)
180 (4.9)
86 (2.3)
249 (6.7)

**16.3%**



## Ricerca ANMCO... una ricerca al servizio dei cardiologi e della cardiologia...

### Nella pratica clinica...

1. Riusciamo a raggiungere gli obiettivi raccomandati dalle linee guida?
2. Con quali strumenti riusciamo a raggiungere questi obiettivi?
3. Qual è la penetranza dei nuovi farmaci nella pratica clinica?
- 4. L'intolleranza del paziente è davvero un problema?**



# Intolleranza parziale o totale alle statine

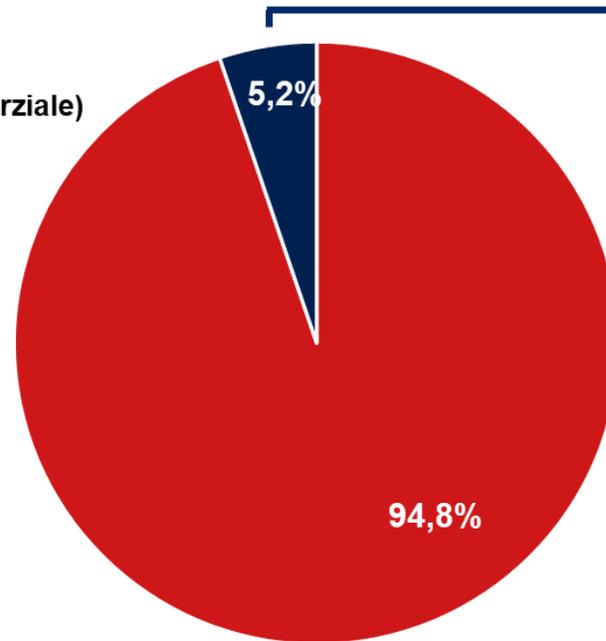
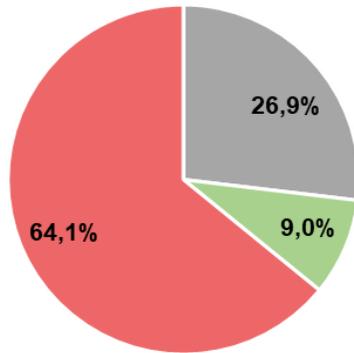
(n.4504 pts)

■ Statine prescritte ■ Statine non prescritte

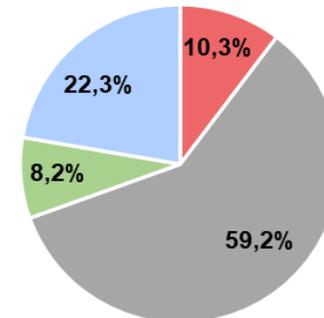
■ Trattamento intensivo non tollerato (Intolleranza parziale)

■ Preferenze del paziente

■ Decisione Medica



Motivi di non prescrizione (233 pts, 5.2%)



■ Controindicazione ■ Intolleranza Totale  
■ Rifiuto del paziente ■ Decisione medica

Motivi prescrizione di statine a bassa dose (234 pts, 5.2%)

**201/4504 (4.5%)** pazienti con intolleranza totale o parziale



## Ricerca ANMCO... una ricerca al servizio dei cardiologi e della cardiologia...

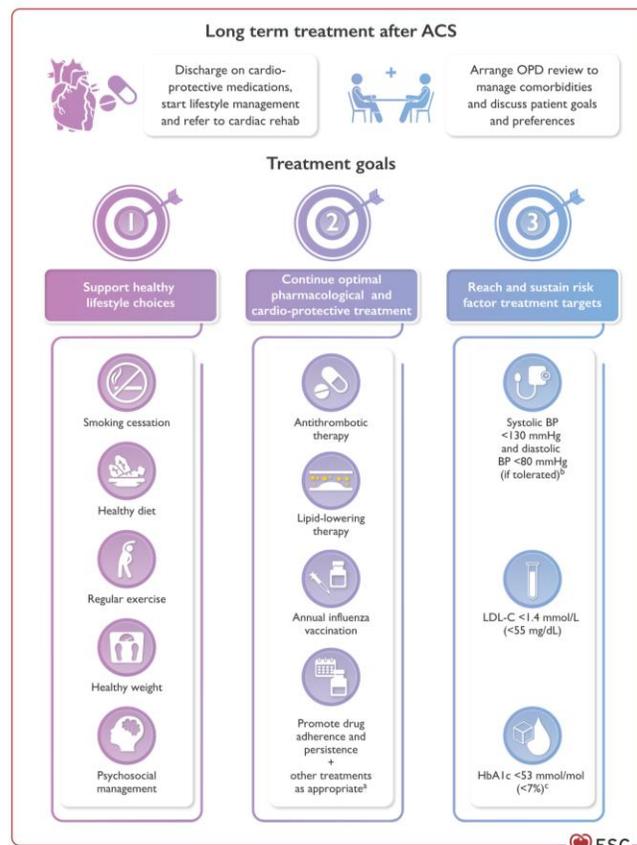
1. Riusciamo a raggiungere gli obiettivi raccomandati dalle linee guida?
2. Con quali strumenti riusciamo a raggiungere questi obiettivi?
3. Qual è la penetranza dei nuovi farmaci nella pratica clinica?
4. L'intolleranza del paziente è davvero un problema?
5. **Stratifichiamo efficacemente il rischio dei nostri pazienti?**





### 13. Long-term treatment

Secondary prevention after ACS is central to increase quality of life and to decrease morbidity and mortality. This should start as early as possible after the index event.<sup>716-718</sup> The topic is covered in detail in the 2019 CCS Guidelines and the 2021 Prevention Guidelines.<sup>195,646</sup> Optimal medical therapy and treatment targets are well defined and are summarized in *Figure 17*. A figure aimed at educating patients on im-



Recommendation Table 16 — Recommendations for long-term management

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
Cardiac rehabilitation		
Pharmacological treatment		
<i>Lipid-lowering therapy</i>		
It is recommended that high-dose statin therapy is initiated or continued as early as possible, regardless of initial LDL-C values. <sup>787,865-867</sup>	I	A
It is recommended to aim to achieve an LDL-C level of <1.4 mmol/L (<55 mg/dL) and to reduce LDL-C by ≥50% from baseline. <sup>868,869</sup>	I	A
If the LDL-C goal is not achieved despite maximally tolerated statin therapy after 4–6 weeks, the addition of ezetimibe is recommended. <sup>788</sup>	I	B
If the LDL-C goal is not achieved despite maximally tolerated statin therapy and ezetimibe after 4–6 weeks, the addition of a PCSK9 inhibitor is recommended. <sup>785,786,795,796</sup>	I	A
It is recommended to intensify lipid-lowering therapy <sup>c</sup> during the index ACS hospitalization for patients who were on lipid-lowering therapy before admission.	I	C
For patients with a recurrent atherothrombotic event (recurrence within 2 years of first ACS episode) while taking maximally tolerated statin-based therapy, an LDL-C goal of <1.0 mmol/L (<40 mg/dL) may be considered. <sup>785,786</sup>	IIb	B
Combination therapy with high-dose statin plus ezetimibe may be considered during index hospitalization. <sup>788</sup>	IIb	B

### 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes

Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)

Authors/Task Force Members: Robert A. Byrne <sup>✉</sup>\*, (Chairperson) (Ireland), Xavier Rossello <sup>✉</sup>\*, (Task Force Co-ordinator) (Spain), J.J. Coughlan <sup>✉</sup>\*, (Task Force Co-ordinator) (Ireland), Emanuele Barbato <sup>✉</sup> (Italy), Colin Berry <sup>✉</sup> (United Kingdom), Alaide Chieffo <sup>✉</sup> (Italy), Marc J. Claeys <sup>✉</sup> (Belgium), Gheorghe-Andrei Dan <sup>✉</sup> (Romania), Marc R. Dweck <sup>✉</sup> (United Kingdom), Mary Galbraith <sup>✉</sup> (United Kingdom), Martine Gilard (France), Lynne Hinterbuchner <sup>✉</sup> (Austria), Ewa A. Jankowska <sup>✉</sup> (Poland), Peter Jüni (United Kingdom), Takeshi Kimura (Japan), Vijay Kunadian <sup>✉</sup> (United Kingdom), Margret Leosdottir <sup>✉</sup> (Sweden), Roberto Lorusso <sup>✉</sup> (Netherlands), Roberto F.E. Pedretti <sup>✉</sup> (Italy), Angelos G. Rigopoulos <sup>✉</sup> (Greece), Maria Rubini Gimenez <sup>✉</sup> (Germany), Holger Thiele (Germany), Pascal Vranckx (Belgium), Sven Wassmann (Germany), Nanette Kass Wenger (United States of America), Borja Ibanez <sup>✉</sup>\*, (Chairperson) (Spain), and ESC Scientific Document Group

\* Corresponding authors: Robert A. Byrne, Department of Cardiology and Cardiovascular Research Institute (CVRI) Dublin, Mater Private Network, Dublin, Ireland, and School of Pharmacy and Biomolecular Sciences, RCSI University of Medicine and Health Sciences, Dublin, Ireland. Tel: +353-1-2483190. E-mail: robertabyrne@rcsi.ie; and Borja Ibanez, Clinical Research Department, Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC), Madrid, Spain, and Cardiology Department, IIS-Fundación Jiménez Díaz University Hospital, Madrid, Spain. CIBERCV, ISCIII, Madrid, Spain. Tel: +3491-4531200. E-mail: bibanez@cnic.es

<sup>†</sup> The two Chairpersons contributed equally to the document and are joint corresponding authors.

<sup>‡</sup> The two Task Force Co-ordinators contributed equally to the document.

Author/Task Force Member affiliations are listed in author information.

ESC Clinical Practice Guidelines (CPG) Committee: listed in the Appendix.

ESC subspecialty communities having participated in the development of this document:

Associations: Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions (ACNAP), Association for Acute CardioVascular Care (AACV), European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), European Heart Rhythm Association (EHRA), and Heart Failure Association (HFA).

Working Groups: Cardiovascular Pharmacotherapy, Cardiovascular Surgery, E-Cardiology, Myocardial and Pericardial Diseases, Thrombosis.

Patient Forum

The content of these European Society of Cardiology (ESC) Guidelines has been published for personal and educational use only. No commercial use is authorized. No part of the ESC Guidelines may be translated or reproduced in any form without written permission from the ESC. Permission can be obtained upon submission of a written request to Oxford University Press, the publisher of the European Heart Journal, and the party authorized to handle such permissions on behalf of the ESC (journals.permissions@oup.com).

Disclaimer: The ESC Guidelines represent the views of the ESC and were produced after careful consideration of the scientific and medical knowledge and the evidence available at the time of their publication. The ESC is not responsible in the event of any contradiction, discrepancy, and/or ambiguity between the ESC Guidelines and any other official recommendations or guidelines issued by the relevant public health authorities, in particular in relation to good use of healthcare or therapeutic strategies. Health professionals are encouraged to take the ESC Guidelines fully into account when exercising their clinical judgment, as well as in the determination and the implementation of preventive, diagnostic or therapeutic medical strategies; however, the ESC Guidelines do not override, in any way whatsoever, the individual responsibility of health professionals to make appropriate and accurate decisions in consideration of each patient's health condition and in consultation with that patient and, where appropriate and/or necessary, the patient's caregiver. Nor do the ESC Guidelines exempt health professionals from taking into full and careful consideration the relevant official updated recommendations or guidelines issued by the competent public health authorities, in order to manage each patient's case in light of the scientifically accepted data pursuant to their respective ethical and professional obligations. It is also the health professional's responsibility to verify the applicable rules and regulations relating to drugs and medical devices at the time of prescription.

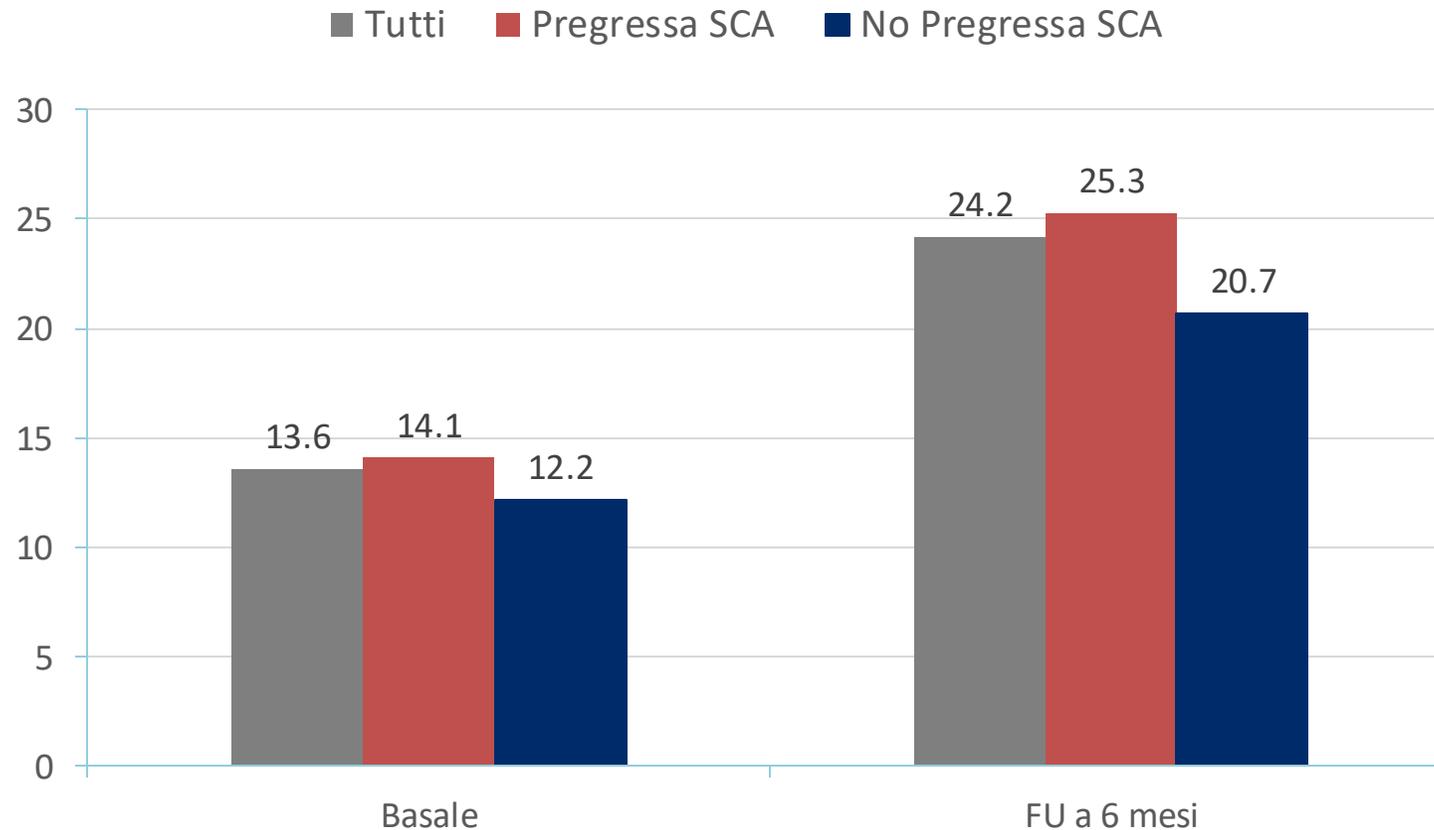
This article is co-published with permission in European Heart Journal and European Heart Journal - Acute Cardiovascular Care. All rights reserved. © The European Society of Cardiology 2023. The articles are identical except for stylistic differences in keeping with each journal's style. Either citation can be used when citing this article. For permissions, please e-mail journals.permissions@oup.com

Downloaded from https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurheartj/ehad191/7243210 by Universitat de Girona user on 11 September 2023



# Altissimo rischio: Quanti pazienti con LDL < 40 mg/dl?

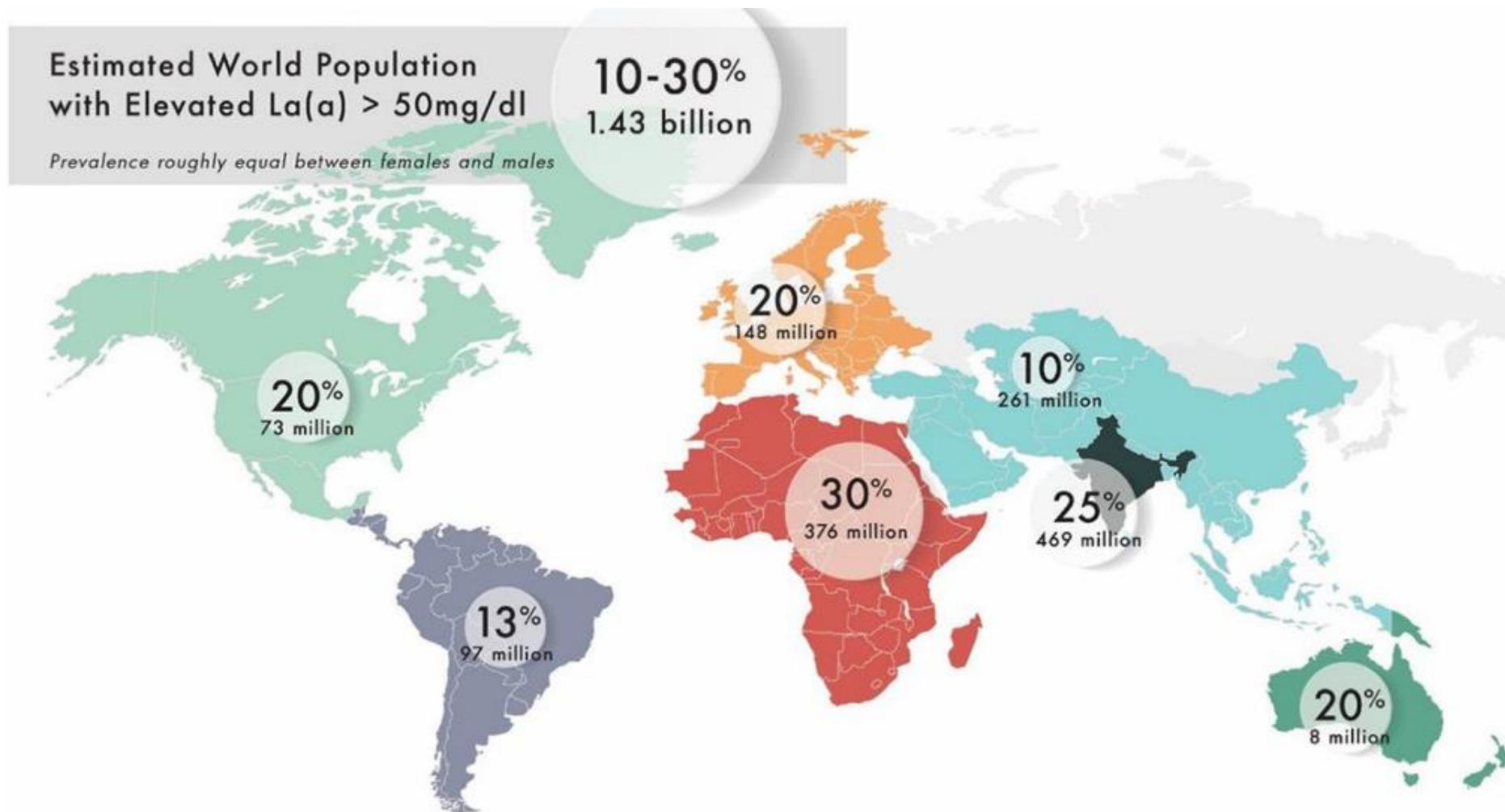
Popolazione generale 4334; Pregressa SCA 3283



In pazienti con assetto lipidico valutato al basale e FU



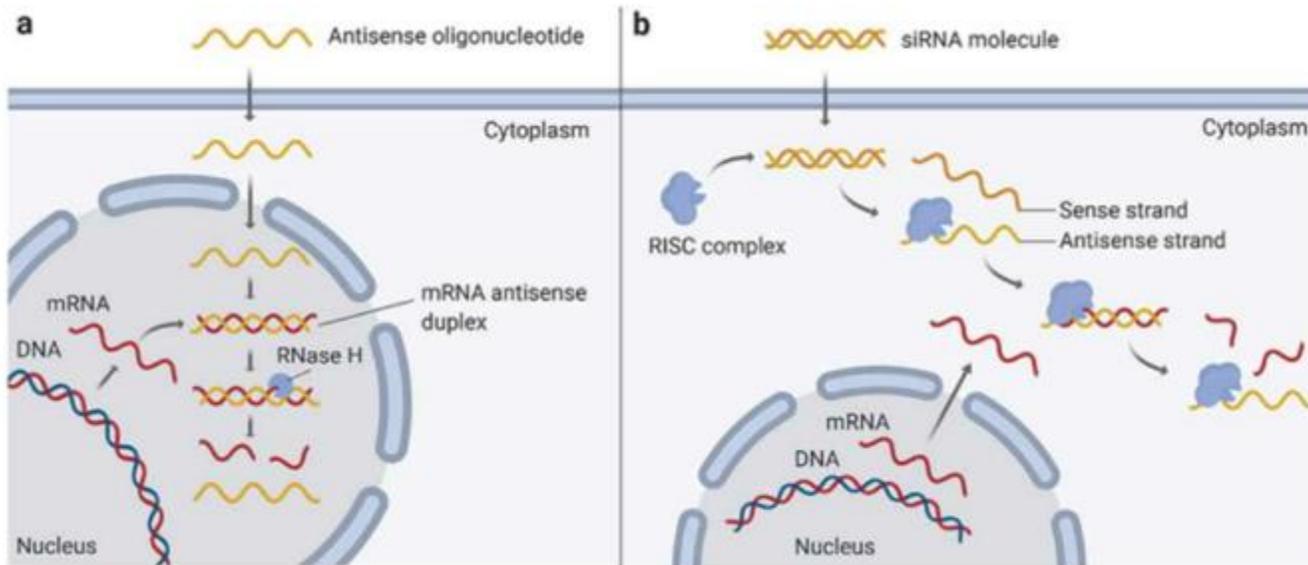
# Estimated prevalence of elevated lipoprotein(a) globally





# Emerging specific Lp(a)-lowering therapies targeting Lp(a) production

- **Pelacarsen:**
  - Antisense oligonucleotide therapy (ASO): monthly dosing
  - Results from phase 3 fully enrolled (outcome expected: 2025)
- **Olpasiran**
  - siRNA technology: longer acting
  - Dose finding study ongoing
- **SLN360**
  - siRNA technology: longer acting
  - Phase 1 finished





# Lp (a)

Lp(a) available for

**217/4790 patients (4.5%)**

enrolled in **36/189 sites (19%)**



## Cosa trasferire subito al cardiologo clinico dall'esperienza dello studio BRING-UP prevenzione

- È possibile aumentare in modo clinicamente rilevante la **percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi LDL-C**.
- Questo obiettivo può essere raggiunto con **l'uso di terapie consolidate e a basso costo** (sostenibilità!) in un'elevata percentuale di pazienti.
- Ulteriori sforzi dovrebbero essere rivolti a:
  - **mantenere e migliorare ulteriormente** la percentuale di pazienti che raggiungono l'obiettivo LDL-C **facendo maggiore ricorso all'utilizzo dei nuovi farmaci ipolipemizzanti**.
  - migliorare il controllo degli **altri fattori di rischio** (PA, obesità, diabete, fumo)
  - migliorare la **stratificazione del rischio e personalizzare le cure**
  - Potenziare i programmi strutturati di **prevenzione secondaria**



## Conclusioni



I risultati dello studio BRING-UP Prevenzione sono stati ottenuti non in centri iperselezionati ma in un **ampio network di centri cardiologici** distribuiti sul territorio nazionale tramite un intervento di **implementation science** che ha fatto fare un ulteriore passo avanti alla nostra tradizionale ricerca osservazionale, contribuendo a creare una **cultura del miglioramento della qualità dell'assistenza.**

**Partecipare a progetti di ricerca aiuta a migliorare la qualità della cura dei nostri pazienti e, conseguentemente, a migliorarne la qualità della vita e la prognosi.**

