

I Personaggi del ROMA



di Mimmo Sica

Il pioniere della cardioncologia italiana

«La politica deve fare interventi strutturali nell'organizzazione ospedaliera»

Dal 2005 Nicola Maurea (nella foto) è direttore della struttura complessa di cardiologia dell'Istituto Nazionale dei Tumori IRCCS Fondazione Pascale di Napoli. Il reparto si occupa dell'assistenza cardiologica al paziente oncologico, prima, durante e anche molti anni dopo la fine delle terapie. Ha effettuato come "invited speaker" centinaia di relazioni a congressi nazionali e internazionali. Ha presieduto tre congressi internazionali, in partnership con il Dipartimento di cardiologia dell'MD Anderson Cancer Center di Houston, che è l'ospedale oncologico più importante del mondo, e 6 congressi nazionali. È autore di circa 200, tra lavori scientifici in esteso, capitoli di libro, abstract a congressi nazionali ed internazionali. È docente da molti anni di cardiologia a tre corsi di laurea. È presidente nazionale dell'Aico (Associazione Italiana di CardioOncologia).

«La mia vita professionale e personale è molto ricca. Ho quattro figli: Carlo di 28 anni che sta per specializzarsi, Fabrizio è al quarto anno di medicina, entrambi hanno seguito le orme paterne, Margherita e Beatrice che sono due splendide gemelle di 3 anni. Mio padre, specializzato in medicina interna, era primario medico all'ospedale Cardarelli; è sicuramente stato forte il fatto di aver respirato "medicina" fin dall'infanzia. Mio padre aveva lo studio in casa, mi ricordo quando fin da piccolo mia madre e l'infermiera cercavano di far stare buoni me e i miei fratelli per non disturbare mio padre che lavorava dall'altro lato della casa. Per cui, già durante gli studi classici al liceo Umberto avevo deciso di fare il medico e cominciai a frequentare i reparti ospedalieri. Dopo la laurea sono andato negli Stati Uniti perché avevo vinto una borsa di studio del ministero della Pubblica Istruzione. In realtà ero già stato nell'estate del quarto anno di medicina presso il St Michael's Hospital di Toronto a frequentare il reparto di cardiologia e durante il sesto anno ho frequentato la Divisione di cardiologia degli Nih, National Institutes of Health, a Washington».

Dove è stato subito dopo la laurea?

«Alla Duke University Medical Center Durham, uno tra i più importanti ospedali universitari statunitensi. Qualche anno dopo sono andato come Visiting Clinical Scientist al New England Medical Center di Boston. Per potere lavorare negli Stati Uniti mi sono abilitato alla laurea americana con un doppio concorso, molto difficile, che si chiama ECMFG (Educational Commission for Foreign Medical Graduates) che abilita la laurea italiana alla laurea negli Stati Uniti e in Canada. Poi sono stato come Visiting Clinical Scientist presso il Dipartimento di cardiologia del Thorax Center di Rotterdam, in Olanda».

Tornato in Italia, in quale ospedale ha iniziato a lavorare?

«Al Cardarelli. Mi ero specializzato in cardiologia e avevo vinto un concorso per cardiologo. Ho lavorato presso l'Unità coronarica per 15 anni».

La morte di suo padre ha segnato la svolta nella sua vita professionale. Perché?

«Appena assunto papà si ammalò di tumore ai polmoni, lo feci operare dopo pochi giorni dalla diagnosi presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, ma due anni dopo morì per complicanze cardiovascolari. Cercai di capire se c'era un nesso di causalità tra le cure oncologiche praticate e l'insorgere di patologie cardiache. Continuando nel mio lavoro mi resi conto che i



pazienti venivano trattati e a volte guariti dal cancro ma spesso si ammalavano di patologie cardiovascolari. Decisi di approfondire la cosa perché non volevo limitarmi a svolgere la semplice attività di cardiologo».

È un pioniere della cardioncologia. In concreto di cosa si occupa questa nuova branca della medicina?

«Si occupa della gestione cardiologica dei pazienti oncologici, che a causa della neoplasia sono quelli più fragili ma principalmente della prevenzione, diagnosi e cura delle cardiopatie da farmaci oncologici. Tutto questo richiede una preparazione particolare e un aggiornamento continuo. Sono stato uno dei primi in Italia a sviluppare questa, che si può tranquillamente definire una nuova specialità. A Milano se ne occupava anche l'Istituto Europeo di Oncologia fondato da Umberto Veronesi. Ma mentre questo era supportato da grandi sponsor e industrie farmaceutiche che finanziavano la ricerca e i congressi, io ero appoggiato esclusivamente dalla Direzione scientifica dell'ospedale dove lavoravo, che credeva nelle mie intuizioni e nei miei risultati».

Si riferisce, in particolare, alla sua attività di primario al Pascale?

«Sì. Quando nel 2004, ad appena 40 anni, vinsi il concorso di primario cardiologo all'Istituto Pascale, mi dedicai in modo particolare a dare sviluppo e concretezza alla sinergia tra oncologia e cardiologia. Mi recai subito a Houston dove in quegli anni nasceva il primo Dipartimento di cardiologia oncologica degli Stati Uniti. Instaurai un rapporto di collaborazione professionale che dura tuttora. Come dicevo ho presieduto tre congressi internazionali con la sponsorship del MD Anderson Cancer Center di Houston, di cui l'ultimo a Napoli a febbraio scorso, che fortunatamente si è concluso prima del lockdown per la pandemia da Covid-19. I congressi hanno il doppio logo, quello del Pascale e quello del Centro di Houston. Pochi giorni più tardi e i tanti ospiti americani e europei sarebbero stati impossibilitati a partecipare al congresso».

Era anche il periodo in cui vennero fuori le terapie biologiche, la Target Therapy. Cosa si intende con questo termine?

«Sì e questa per me fu una coincidenza fortunata. Il concetto di "terapia a bersaglio molecolare", vale a dire la Target Therapy, è quello di una terapia oncologica "mira-

ta" su un bersaglio molecolare della cellula tumorale. In pratica, si tratta di una serie di molecole "costruite" per bloccare quelle proteine che a vario livello sono responsabili dei diversi aspetti della "malignità" cellulare. Fu utilizzato in clinica il Trastuzumab, un anticorpo monoclonale che ha cambiato la storia naturale di un cancro particolarmente aggressivo, il carcinoma mammario, in cui la proteina HER2/neu era sovra-espressa. Ma rivelò essere causa, come "effetto off target" di una grave patologia cardiovascolare: lo scompenso cardiaco. Le altre patologie in questo ambito sono anche l'infarto miocardico, vasculopatie periferiche gravi, ipertensione arteriosa sistemica e polmonare, aritmie potenzialmente letali e problemi di tromboembolismo arterioso e venoso. Scrisi in quegli anni un articolo (in inglese): "Le donne sopravvivono al cancro al seno ma si ammalano di scompenso cardiaco. Luci e ombre delle terapie biologiche". Questo lavoro scientifico ha insito nel titolo il significato di che cosa è la cardioncologia, ma molti colleghi mi presero per "pazzo"».

E l'immunoterapia?

«È una terapia ancora più evoluta ma anch'essa con effetti collaterali cardiologici. Il più importante è la miocardite che è diversa da quella "normale" e ha un tasso di mortalità molto elevato, ne muore infatti circa il 50% dei pazienti. Può provocare anche infarti miocardici, sindromi coronariche acute, ictus ischemico».

Quindi, se abbiamo capito bene, da un lato si cura il cancro e dall'altro si "ammala" il sistema cardiovascolare?

«Grazie alle terapie biologiche, se si fa una diagnosi precoce, guarisce il 90% delle donne che si ammalano di cancro al seno, ma purtroppo il 20% si ammalano di qualche problema cardiaco. Un'altra categoria di pazienti particolarmente a rischio sono i giovani curati e guariti per malattie ematologiche (ad esempio le leucemie e il linfoma) che anche dopo decenni possono sviluppare problemi cardiaci».

Ritornando al suo lavoro, in concreto che cosa fa?

«Quando sono arrivato al "Pascale" ho notato con grande rammarico che non si faceva il lavoro di squadra e che il cardiologo veniva considerato come un medico che faceva solo l'elettrocardiogramma. Io e i miei collaboratori ci prendiamo cura dal punto di vista cardiologico del paziente neoplastico prima, durante e dopo le cure per il cancro. La prerogativa per una buona prevenzione e cura cardioncologica è, però, che il cardiologo debba conoscere i meccanismi di azione dei farmaci oncologici e le loro potenziali cardiopatie. Ritengo che il "Pascale" possa essere considerato un'eccellenza nella sanità nazionale anche dal punto di vista cardioncologico».

Perché?

«Al "Pascale" vengono condotti centinaia di protocolli sperimentali di ricerca clinica con i farmaci più innovativi. Esiste un grosso stabulario in cui si allevano animali per la ricerca scientifica ed è un fiore all'occhiello dell'Istituto».

Le è utile?

«Altra parte del mio lavoro, direi fondamentale, grazie al quale posso rapidamente rendermi conto che un farmaco può produrre conseguenze anche letali sul cuore, è la ricerca preclinica. Sono, infatti, un clinico ma anche un ricercatore e dispongo di un laboratorio di cardioncologia che mi è

stato molto utile perché ho potuto toccare con mano l'effetto dei farmaci sulle cavie da laboratorio e sulle cellule cardiache. Praticamente studio gli effetti cardiotossici dei farmaci sul cuore e le strategie terapeutiche per prevenirli: non c'è cura senza ricerca. Ho fatto comprare il primo in Italia e il secondo in Europa, all'Istituto nel 2009, un ecocardiografo Color Doppler molto potente per studiare la funzionalità del cuore dei piccoli animali, e ho studiato e validato nuove metodiche ecocardiografiche per identificare precocemente la cardiotossicità. Ho pubblicato molti lavori scientifici proprio sui farmaci cosiddetti "cardioprotettori" cioè i farmaci che proteggono il cuore dagli effetti tossici dei farmaci oncologici».

È l'artefice del primo progetto di rete cardioncologica. Ci spiega cos'è?

«Si attacca alla rete oncologica della Regione Campania, la cui cabina di regia è al "Pascale", e mette in collegamento i 10 ospedali più importanti della Regione e di conseguenza anche quelli più piccoli che gravitano intorno a questi, per garantire un rapido accesso alle cure e un trattamento evidence-based, secondo le linee guida, a tutti i pazienti in terapia antitumorale che devono parallelamente essere seguiti a livello cardiaco per evitare complicanze. Le stesse, se non trattate, sono ancora oggi responsabili di circa un terzo dei decessi dei pazienti malati di tumore, dato questo molto superiore a quello della popolazione generale; è dimostrato infatti che dei pazienti oncologici, il 50% muore di cancro, ma il 33% si arrende purtroppo alle patologie cardiovascolari, morti che potrebbero invece essere evitate da un approccio al paziente e da un'organizzazione di cura cardioncologica. In questo modo, si compie un ulteriore passo avanti verso l'abbattimento dei tempi per la presa in carico del paziente, ed essendo in campo cardiologico il fattore tempo una variabile decisiva, il risultato si tradurrà in un maggior numero di vite salvate».

C'è sufficiente attenzione e informazione sul rischio cardiovascolare nel paziente oncologico e sulla sua prevenzione?

«Assolutamente no. Le relazioni ai congressi e corsi di aggiornamento non bastano, restano confinate alla comunità scientifica. Occorre un'informazione mediatica più attenta e capillare. Inoltre non è più procrastinabile la presa di coscienza dell'intera problematica da parte della politica che deve intervenire in maniera strutturale sull'organizzazione degli ospedali per consentire innanzitutto di salvare vite umane, ma anche di ridurre i costi per la sanità pubblica. Vanno istituiti reparti di cardioncologia nei grandi ospedali, perché se il paziente ha un problema cardiologico importante non può essere assistito in oncologia da personale medico e infermieristico avvezzo ad altra specialità, e in tutti gli ospedali strettamente oncologici, alcuni centri di riferimento nazionale e internazionale come il "Pascale", va riorganizzata l'assistenza anche in termini di urgenze cardioncologiche».

Avrà uno spazio da riservare alla sua vita privata. Come lo riempie?

«I miei figli maschi sono ormai grandi, hanno le loro vite. Cresco e gioco con le mie due bambine. Mi piace il mare e in inverno, appena posso, cerco di andare a sciare: Covid-19 permettendo, a Natale comincerò a insegnare a sciare a Margherita e Beatrice».