

# PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

## IMPORTANTI NOVITÀ DALLO STUDIO IMPROVE-IT

*Elevati valori di colesterolo LDL rappresentano uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. Per questo, la riduzione di colesterolo LDL nei soggetti a rischio cardiovascolare alto e molto alto, in particolare nella prevenzione secondaria di un attacco cardiaco in soggetti che hanno già avuto un evento cardiovascolare maggiore come un infarto, viene oggi considerata un obiettivo fondamentale da raggiungere per ridurre il rischio di nuovi eventi cardiovascolari.*

*In questo dossier un inquadramento epidemiologico sulle sindromi coronariche in Italia e un aggiornamento sui risultati dello studio IMPROVE-IT presentati in occasione del congresso di novembre dell'American Heart Association attraverso la voce di Giuseppe Ambrosio, Gaetano M De Ferrari e Alberto Corsini.*

### Le sindromi coronariche acute in Italia

Fonti: Economia & Politica del Farmaco (settembre 2014), Analisi di 'real world practice' nell'ambito delle sindromi coronariche acute, Aldo Pietro Maggioni, Centro Studi Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO); Greco et al, Giornale Italiano di Cardiologia, vol 15, suppl 1 al n 1, 2014; Blitz 4 Qualità.

L'abbandono delle cure dopo l'infarto al miocardio rappresenta un problema sanitario di prim'ordine. Secondo le ultime rilevazioni, entro i due anni successivi all'infarto, almeno la metà dei pazienti smette di assumere i farmaci prescritti per la prevenzione.

Sulla scorta dei dati Arno relativi al 2010, è possibile mostrare un quadro affidabile sulla situazione italiana per quanto riguarda le sindromi coronariche acute e le terapie messe in atto per trattare l'ipercolesterolemia.

- Le sindromi coronariche acute si presentano nel 3% circa degli adulti assistibili.
- L'età avanzata e il sesso femminile sono più frequentemente presenti nel caso di sindrome

mi coronariche acute rispetto a quanto osservato nei trial clinici.

- La mortalità intraospedaliera per questa patologia è del 7,1%: oltre il doppio di quella riportata nei registri specialistici.
- Nel mondo reale le terapie raccomandate dalle linee guida vengono prescritte meno frequentemente che nei trial clinici.
- Nel corso del follow-up, la probabilità di essere ricoverati nuovamente è superiore al 60% dei casi, e in un terzo di questi la causa è una nuova sindrome coronarica acuta.
- I costi per il sistema sanitario sono determinati prevalentemente dai ricoveri ospedalieri. I farmaci impattano sulla spesa solamente per il 10%.

Inoltre, al momento della dimissione, al paziente viene prescritto un trattamento ipocolesterolemizzante con una statina ad alto dosaggio. Alla prima visita di follow-up tuttavia il 54% dei pazienti presenta valori di colesterolo LDL superiori a 80 mg/dl. Il mancato raggiungimento e mantenimento del target può essere ricondotto ad una ridotta capacità da parte del paziente di aderire in maniera adeguata al trattamento ipocolesterolemizzante, anche a causa degli effetti collaterali legati all'alto dosaggio di statina.

- A 12 mesi dalla dimissione la percentuale di non aderenza è di circa il 24%. Se a questo si aggiunge anche la mancata aderenza volontaria da parte del paziente, si può comprendere come dopo un anno la percentuale di pazienti che continuano a controllare il colesterolo sia estremamente ridotta.
- L'analisi dei dati da SDO, su di un campione di più di un milione di infarti miocardici, conferma, tra l'altro, l'andamento epidemiologico desumibile dalla letteratura: dal 2001 al 2011, infatti, la mortalità intraospedaliera dell'IMA si è progressivamente ridotta dall'11,3% al 9,0% nell'intero gruppo degli infartuati, mentre nel contempo le nuove ospedalizzazioni fatali dalla dimissione a 60 giorni aumentavano dello 0,13% e quelle dalla dimissione a un anno dello 0,53%. ■

