

follow-up del paziente dopo l'evento acuto sono stati certamente fatti molti passi in avanti ma siamo ancora lontani da un livello soddisfacente: basta considerare che nel primo anno dopo l'evento coronarico acuto la mortalità extraospedaliera raggiunge il 12%. Non possiamo rassegnarci a questi numeri, a maggior ragione perché oggi abbiamo strumenti terapeutici che potrebbero permetterci di evitare di perdere molti di questi pazienti. La questione è favorire un modello organizzativo costruito intorno alle esigenze di recupero del paziente. Occorre in concreto identificare già a monte della dimissione un iter definito e stabile favorito dalla collaborazione tra Centro e territorio (visite domiciliari, ambulatoriali, controlli telefonici in collaborazione con i medici di medicina generale) nel quale sia da subito chiarito il percorso del paziente sulla base del suo profilo di rischio, impostando una terapia adeguata e informandolo sull'importanza dei controlli e dello stile di vita. Ci devono essere una connessione e un dialogo costanti tra tutte le figure coinvolte – cardiologo interventista, cardiologo riabilitatore, medico di medicina generale – per monitorare l'efficacia della terapia, migliorare la compliance del paziente ed evitare interruzioni premature della terapia. Connessione che oggi, grazie agli strumenti informatici e di telemedicina, può essere assicurata a costi sostenibili e che potrebbe contribuire a ridurre le recidive e i costi correlati.

Un aspetto cruciale dopo un episodio di sindrome coronarica acuta è il raggiungimento dei target terapeutici nel trattamento del colesterolo che richiede, da parte del paziente, aderenza al trattamento, controlli periodici, consapevolezza e gestione dei fattori di rischio: come si possono migliorare questi aspetti? Quali iniziative di informazione le Istituzioni potrebbero promuovere per sensibilizzare i pazienti?

L'educazione del paziente rimane l'aspetto centrale e la premessa per il successo e l'efficacia di ogni percorso assistenziale finalizzato a prevenire un nuovo episodio acuto. Sappiamo che l'eventualità di un secondo infarto è in buona parte correlata a comportamenti e fattori di rischio che possono e debbono essere controllati. Il paziente deve essere reso consapevole in primo luogo dell'importanza di assumere le terapie prescritte e di controllare il raggiungimento dei valori target per il colesterolo e la pressione arteriosa, di seguire una dieta equilibrata, svolgere una moderata attività fisica regolare, evitare fumo e tabacco. Come sensibilizzare i pazienti? Credo che il Servizio Sanitario dovrebbe promuovere attività d'informazione direttamente nel contesto della cura. A mio avviso la partita decisiva si gioca infatti su due scenari: il primo è la dimissione dalla UTIC o dal Centro di Cardiologia dopo l'evento acuto. È in quel momento che il Centro e il medico devono trasferire al paziente avviato verso il recupero della vita quotidiana l'urgenza di modificare il proprio stile di vita, di aderire alla terapia e di controllare i valori fondamentali. Il messaggio

deve avere un tono realistico ma positivo: dopo un infarto si entra nella sfera della cronicità, la vita non è più quella di prima, ma facendosi parte attiva del controllo della propria salute non si pregiudica il futuro e ci si può riappropriare della propria quotidianità. L'altro contesto riguarda invece il medico di medicina generale, che è il primo interlocutore del paziente: è suo compito incoraggiarlo e sostenerlo nello sforzo non facile di reimpostare la vita quotidiana in base alle nuove esigenze di salute, aiutandolo a riconoscere e monitorare i segni e sintomi, conoscere ed eliminare i fattori di rischio, favorire l'aderenza terapeutica. Oltre a informare i pazienti nei luoghi della cura, bisogna quindi lavorare per accrescere la sensibilità e l'impegno del medico per favorire un cambiamento nello stile di vita del paziente e nel *self-care management*. ■ ML

Vita dopo l'infarto, istruzioni per l'uso

A colloquio con **Francesco Fedele**

Presidente FIC - Federazione Italiana di Cardiologia

A seguito di un evento cardiovascolare quali sono le indicazioni che il cardiologo fornisce al paziente per un follow-up efficace?

Al momento della dimissione a seguito di un evento cardiovascolare al paziente vengono forniti due tipi di indicazioni. Il primo riguarda la prevenzione secondaria di un nuovo evento cardiovascolare e consiste in raccomandazioni che riguardano il controllo dei fattori di rischio: mantenere i valori della pressione arteriosa sotto i 140/90 mmHg, ridurre i valori della glicemia in caso di diabete, raggiungere il valore target di 70 mg/dl di colesterolo LDL nei pazienti a rischio più elevato, controllare il peso corporeo facendo attività fisica, seguire la dieta mediterranea, abbandonare il fumo, consumare modicamente alcol.

Il secondo tipo di indicazioni riguarda le indagini strumentali: nel caso si sia verificato un infarto o sia stata eseguita un'angioplastica coronarica, sarà necessario effettuare un'ecocardiogramma per la valutazione funzionale del ventricolo sinistro, un elettrocardiogramma da sforzo per monitorare eventuali alterazioni elettrocardiografiche segno di ischemia residua o, nel caso il paziente abbia avuto un'aritmia, l'Holter elettrocardiografico delle 24 ore per vedere se sono ancora presenti episodi di fibrillazione atriale asintomatica nonostante la terapia.

Nella lettera di dimissione si devono prescrivere non solo le terapie, ma anche gli esami ematochimici, le indagini strumentali, le indicazioni dietetiche e di stile di vita che il paziente deve seguire al fine di creare una sempre più efficace continuità ospedale-territorio. Tutto questo perché è ben noto quanto sia fondamentale il controllo dei fattori di rischio dopo un evento cardiovascolare.

Quali sono le sfide e gli ostacoli da affrontare per raggiungere i valori target di colesterolo indicati dalle linee guida?

Per raggiungere il valore target di colesterolo raccomandato dalle linee guida sono fondamentali due fattori: l'aderenza del paziente alle terapie e un adeguato counselling, da parte del medico, che dovrebbe spiegare al paziente il carattere cronico e degenerativo della sua malattia e, conseguentemente, la necessità di assumere a vita la terapia e di controllare i fattori di rischio. Naturalmente la consapevolezza riguarda anche i medici, che nel rispetto delle linee guida, una volta prescritta la terapia appropriata a base di statine per il controllo del colesterolo, devono monitorare il raggiungimento e il mantenimento dei valori target. E qualora non si riesca a raggiungere il valore target di colesterolo LDL, bisogna cambiare statina o dosaggio o valutare un'associazione di farmaci, aggiungendo alle statine, che agiscono riducendo la produzione di colesterolo endogeno, farmaci come ezetimibe, che inibiscono l'assorbimento del colesterolo a livello intestinale. Uno studio molto importante, IMPROVE IT, che ha coinvolto 18.000 pazienti colpiti da infarto miocardico nell'arco di 7 anni, ha dimostrato come l'associazione statina + ezetimibe riduca non soltanto il colesterolo ma anche nuovi eventi cardiovascolari di un ulteriore 6% rispetto alla terapia con sola statina.

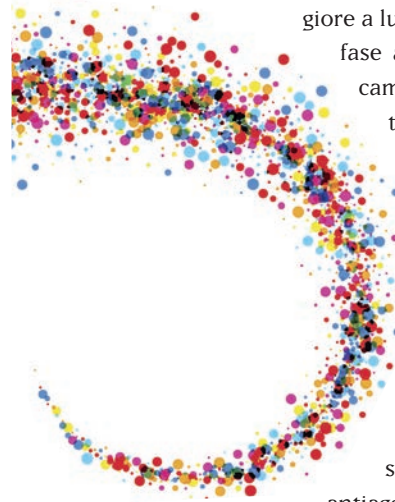
In prospettiva, direi che la sfida si può vincere perché abbiamo i farmaci ma sono necessarie cultura, educazione e informazione ai pazienti, attraverso un dialogo che favorisca la crescita culturale e una maggiore consapevolezza; poi, aspetto da non sottovalutare, servono cardiologi ben preparati. ■ ML

Andamento della cronicità dopo un evento coronarico acuto

A colloquio con **Giuseppe Musumeci**
Presidente della Società Italiana di Cardiologia
Interventistica (SICI-GISE); Direttore SC Cardiologia,
Ospedale Santa Croce e Carle, Cuneo

In che modo il cardiologo può influenzare la prognosi di un paziente subito dopo un evento cardiaco acuto?

Dopo un evento cardiaco acuto il ruolo del cardiologo interventista è determinante per cambiare il profilo di rischio del paziente. Se nella fase acuta si agisce con un intervento precoce, tempestivo ed efficace, si può garantire il recupero o il mantenimento di una normale funzione cardiaca; una rivascolarizzazione tardiva o inefficace invece può associarsi a una disfunzione cardiaca e quindi ad un profilo di rischio più alto e ad una prognosi peggiore a lungo termine.



L'intervento in fase acuta condiziona, o meglio, cambia il destino della cronicità: permette di salvare una parte significativa del muscolo cardiaco con un rischio a lungo termine più basso. Il cardiologo interventista, inoltre, può indirizzare il trattamento farmacologico, impostando una terapia aggressiva costituita da ipolipemizzanti, antiaggreganti e anti-ischemici, in modo da garantire un *outcome* migliore.

In concreto, questo specialista condiziona la prognosi rivascolarizzando precocemente, prescrivendo farmaci molto potenti e stratificando il rischio del paziente, individualizzando di conseguenza il follow-up sulla base del profilo di rischio residuo del paziente. È importante che il cardiologo interventista non si limiti al trattamento in acuto ma definisca e concordi il follow-up sulla base della stratificazione del rischio al momento della dimissione del paziente dall'ospedale con il cardiologo clinico e riabilitatore. Inoltre il cardiologo interventista dovrebbe restare in contatto stretto con queste figure e con il medico di medicina generale per monitorare la terapia, migliorare la compliance del paziente ed evitare interruzioni premature della terapia.

Nel momento in cui il cardiologo dimette un paziente, esiste un coordinamento con il territorio? Quali possono essere gli strumenti o le best practice per migliorare questo passaggio?

Purtroppo tocchiamo un punto molto critico perché allo stato attuale spesso non esiste un coordinamento sul territorio. Per questo motivo come Società Italiana di Cardiologia Interventistica (SICI-GISE) ci siamo mossi e abbiamo messo a punto protocolli condivisi con ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), GICR (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e preventiva) e SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) per provare a creare un coordinamento tra ospedali e territorio. Abbiamo promosso il confronto su questi protocolli a livello regionale in modo da ottimizzare il follow-up del paziente sulla base del profilo di rischio individuale. Sarebbe fondamentale programmare in ciascuna Regione un percorso diagnostico terapeutico assistenziale individuando le classi di rischio. Purtroppo ci confrontiamo con una realtà disomogenea tra le diverse aree e spesso il paziente, una volta dimesso, si ritrova da solo senza un adeguato coordinamento tra cardiologo ospedaliero, cardiologo del territorio e medico di medicina generale. ■ ML