

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.

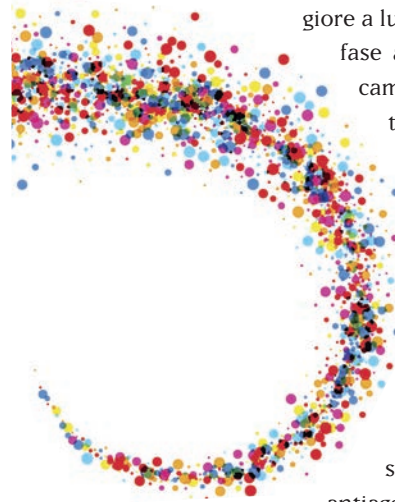
In prospettiva, direi che la sfida si può vincere perché abbiamo i farmaci ma sono necessarie cultura, educazione e informazione ai pazienti, attraverso un dialogo che favorisca la crescita culturale e una maggiore consapevolezza; poi, aspetto da non sottovalutare, servono cardiologi ben preparati. ■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



giore 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