

6 Cuore Dopo anni di diminuzione continua, la mortalità da infarto è stabile. Non si fanno più progressi. I cardiologi spiegano che per avere nuovi successi bisogna personalizzare le cure. Ecco come

Cuore

I geni killer Quel che resta dell'infarto

di FEDERICO MERETA

A leggere le cifre, c'è da pensare che i cardiologi dopo la giusta euforia per i risultati nella lotta all'infarto, stiano alzando bandiera bianca. Tra il 1995 e il 2009, grazie all'aumento graduale della disponibilità di nuovi trattamenti come l'angioplastica, all'associazione di farmaci per controllare l'aggregazione delle piastrine, all'uso a tappeto delle statine per combattere il colesterolo e ai medicinali che assicurano un efficace controllo della pressione, la mortalità ad un anno dall'infarto è scesa dal 25 al 15%. Ma negli ultimi 6-8 anni non ci si è più mossi da queste percentuali, come se un circolo virtuoso si fosse bloccato.

Questo indicano i dati dello studio svedese Swedeheart, che hanno destato stupore e un pizzico di apprensione al recente congresso della Società europea di Cardiologia a Monaco di Baviera. Perché indicano una tendenza non solo scandinava. La sensazione, insomma, è che la cardiologia abbia toccato il suo apice, almeno in termini di risultati a distanza. E la situazione preoccupa, considerando che ogni due-tre minuti circa in Italia c'è un decesso dovuto a malattie cardiovascolari e ogni tre-quattro minuti circa un adulto è vittima di infarto del miocardio.

La soluzione per ridurre ancora la mortalità cardiovascolare si chiama "terapia su misura" e si traduce in una lettura attenta delle caratteristiche del paziente, dal ricovero e, poi, dopo il ritorno a casa. Perché gli infarti non sono tutti uguali. «Quelli dello studio Swedeheart sono valori medi: non dobbiamo dimenticare che i pazienti sono diversi», spiega Giancarlo Marenzi, direttore della Terapia intensiva del Centro cardiologico **Monzino**

di Milano. Infatti, la mortalità ospedaliera del 4-5% è un dato medio. Ma i pericoli maggiori si concentrano in un 20% di pazienti in cui la mortalità può arrivare al 30%. «Per questo – aggiunge Marenzi – occorre concentrarsi di più con trattamenti mirati in questa popolazione, quella in cui l'infarto è risultato complicato da shock cardiogeno, che è particolarmente anziana, soffre di diabete o insufficienza renale cronica». A queste persone serve qualcosa in più rispetto alla sola riapertura della coronaria occlusa: interventi di protezione renale e/o di riduzione dei danni legati alla reperfusion, ovvero al brusco ripristino dell'apporto di sangue ed ossigeno al cuore legato all'angioplastica.

L'altro aspetto da considerare, poi, è il monitoraggio dopo il ritorno a casa. «Se ci limitiamo alla sola lettera di dimissione ospedaliera rischiamo di ritrovarci il malato in corsia dopo poche settimane: sottolinea Marenzi - bisogna continuare a lavorare anche negli anni successivi all'evento cardiaco, sempre con un occhio alla sostenibilità economica dei trattamenti». Anche su questa strada, la personalizzazione delle cure pare la discriminante fondamentale. «Quanto più si riduce il colesterolo Ldl (quello cattivo), tanto più si riduce il rischio, e quando non si raggiungono i risultati desiderati ci deve essere lo spazio per gli anticorpi monoclonali, farmaci più potenti. Allo stesso modo, oggi abbiamo antidiabetici che non controllano solo la glicemia ma riducono la mortalità cardiovascolare: occorre che lo specialista individui chi necessita di queste cure e le prescriva».

Nella riflessione, tuttavia, in qualche caso può essere importante "ripensare" anche a quanto si fa nella sala di emodinamica, quando si sottopone chi ha un infarto

all'angioplastica. «Sappiamo che la mortalità è particolarmente elevata nel primo mese dopo l'evento acuto e forse occorre ragionare anche sulle procedure di rivascolarizzazione, che "riaprono" l'arteria coronarica», fa notare Massimo Volpe, presidente della Società italiana di prevenzione cardiovascolare. Oggi si tende a trattare la lesione "colpevole" dell'ischemia e magari si rimanda il trattamento di altre lesioni, che potrebbero dar luogo ad altre crisi nel breve termine.

Per il resto, oltre a consigliare ai pazienti i trattamenti che riducono la mortalità a trenta giorni come le statine ad alto dosaggio, gli Ace-inibitori per favorire il rimodellamento del cuore, i beta-bloccanti e la doppia inibizione farmacologica dell'aggregazione delle piastrine, bisogna studiare piani di riabilitazione mirati. L'attività fisica va iniziata subito, prescritta dal medico, a intensità progressiva. A tre mesi occorrono controlli mirati, come la prova da sforzo e l'ecocardiogramma, per valutare il rimodellamento del cuore e la risposta della zona colpita dall'ischemia: questi ed altri esami vanno poi ripetuti a distanza di un anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



6,1 milioni
nuovi casi di eventi
cardiovascolari ogni
anno nella UE



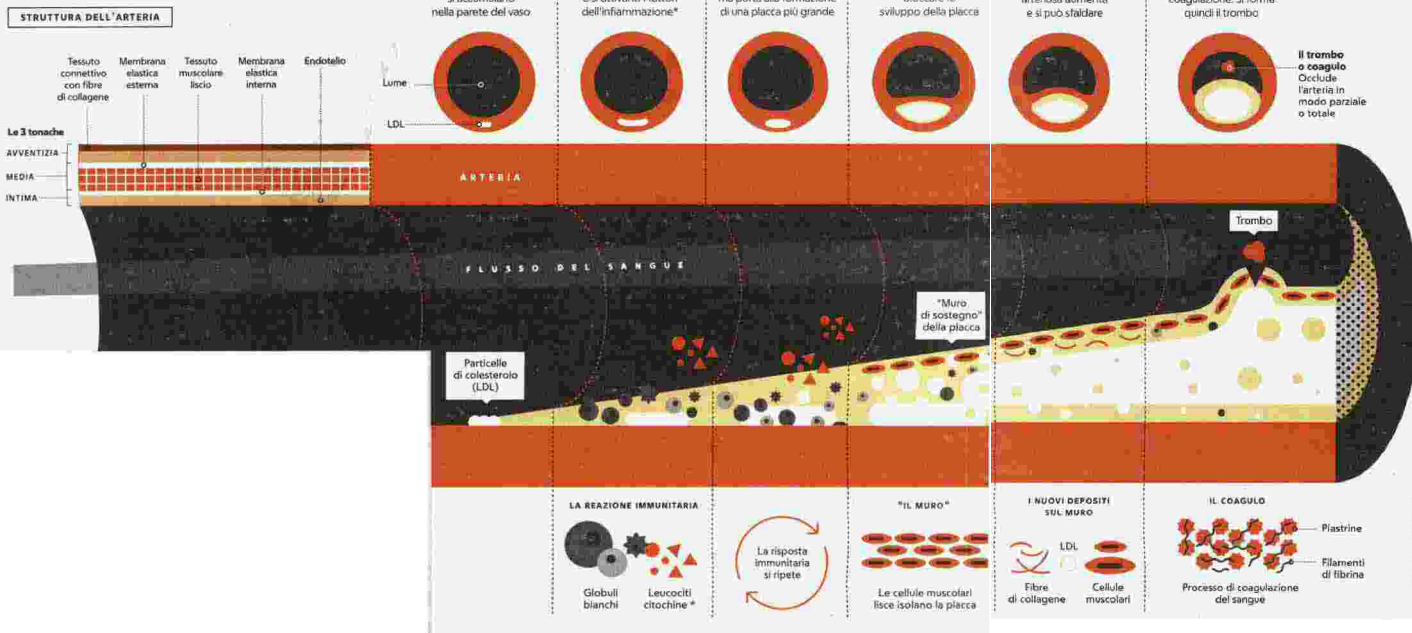
626 mila
causati da ictus (cioè il
10 per cento di tutti gli
eventi cardiovascolari)

Le cardiopatie ischemiche nella UE



Come si forma un trombo

Il processo di formazione di un trombo può avvenire in molti anni e si sviluppa normalmente attraverso una serie di tappe

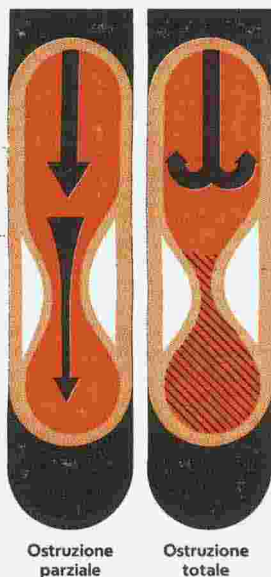


20-40

MINUTI è il tempo per la morte delle cellule. Il trattamento precoce evita o riduce il danno.

L'OCCLUSSIONE DI UNA CORONARIA

Cardiopatía Ischemica
È il restringimento delle coronarie, provoca un insufficiente apporto di sangue al cuore. Può essere:



FONTE: OMS / SPORTELLLO CUORE / FONDAZIONE SVIZZERA DI CARDIOLOGIA / EUROPEAN CARDIOVASCULAR DISEASE STATISTICS ENH, 2017

Infarto del miocardio
È la morte di un'area del tessuto cardiaco in seguito ad interruzione prolungata dell'apporto sanguigno