



Fondazione italiana per il cuore

allarme
per il **rosso**
cuore

Ufficio Stampa

Italpromo & Libardi Associati
Via del Commercio 36
00154 Roma, 06.57.29.98.24
fax 06.57.29.98.21-2
e-mail: d.robles@ing.it

Sintesi dell'intervento di Andrea Poli, Segretario Scientifico della Fondazione Italiana per il Cuore

Dall'individuazione dei fattori pericolosi per la salute cardiovascolare al calcolo del rischio "globale": come la prevenzione cardiologica ha fatto proprie le ultime evidenze epidemiologiche. Scoprendo che quello che conta è la combinazione, del tutto individuale, dei singoli fattori di rischio. Su cui agire con strategie personalizzate.

UN'EQUAZIONE PUÒ SALVARE LA VITA

L'uso delle equazioni computerizzate (denominate tecnicamente "algoritmi"), ricavate dall'osservazione di grandi numeri di soggetti nell'ambito di ampi e prolungati studi osservazionali, e che permette una stima del rischio coronarico assoluto, è probabilmente l'elemento più innovativo maturato nell'ambito della prevenzione cardiovascolare negli ultimi anni. L'uso di questi strumenti matematici, flessibili, precisi e in grado, se opportuno, di incorporare le future conoscenze nel settore, pone infatti le basi per un approccio realmente nuovo alla prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Gli algoritmi (equazioni matematiche di per sé complesse, ma facilmente gestibili da un qualunque personal computer o da un palmare), permettono infatti di integrare in un singolo valore (e cioè la probabilità di incorrere, in un determinato periodo di tempo, in un evento vascolare maggiore come l'infarto) l'effetto contemporaneo di molti parametri che ben difficilmente l'osservazione clinica può valutare obiettivamente e in modo preciso.

Se solo si pensa ai fattori che il clinico è ormai abituato a considerare di routine nella valutazione di un soggetto a rischio (sesso, età, pressione arteriosa, colesterolemia, presenza o meno di malattia diabetica o abitudine al fumo di sigaretta) e si immaginano le infinite combinazioni di questi parametri, che possono variare in modo anche estremamente ampio, si realizza infatti immediatamente che la valutazione "pesata" del loro effetto, su base clinica, è di fatto impossibile.

La valutazione clinica, inoltre, tende ad attribuire istintivamente maggiore importanza all'alterazione grave di un singolo fattore più che a modeste alterazioni contemporanee di numerosi fattori. Un paziente con una grave ipercolesterolemia verrà in genere considerato a maggiore rischio di un altro con una modesta ipertensione, un modesto aumento del colesterolo, un'abitudine al fumo non smodata. Spesso, invece, la probabilità di malattia del secondo soggetto (il suo cosiddetto "rischio globale") sarà invece superiore rispetto a quello del primo. E la sua esigenza

di essere trattato con obiettivi di natura preventiva, quindi, maggiore.

Il calcolo del rischio globale permette di concentrare l'intervento preventivo sui soggetti a maggiore probabilità di malattia, che ne beneficeranno in misura maggiore. In un soggetto con una probabilità di malattia del 15% nei cinque anni successivi (elevata, secondo gli standard di valutazione attuali), il trattamento per esempio con un farmaco per abbassare il colesterolo (una statina) ridurrà tale rischio di un terzo, portandolo quindi al 10% circa. Ogni 100 pazienti trattati, di conseguenza, 5 eviteranno, nel periodo considerato, un infarto di cuore o una morte coronarica grazie al trattamento (15%-10%). Lo stesso trattamento farmacologico, somministrato ad un soggetto con un rischio del 3% nei cinque anni successivi (un rischio basso, sempre secondo gli standard di valutazione attuali) ridurrà ancora tale rischio di un terzo, portandolo al 2% circa: ma, in questo caso, ogni 100 pazienti trattati solo uno eviterà, nel periodo considerato, un infarto di cuore o una morte coronarica (3%-2%). L'efficacia e il rapporto costo beneficio, in questo secondo caso, saranno intuitivamente 5 volte più bassi.

Secondo criteri simili, la valutazione del rischio globale permette anche di "modulare" sulla base di criteri oggettivi l'intensità dell'intervento stesso (di agire quindi, in modo più o meno aggressivo).

Tutte le linee guida pubblicate, in sintonia con una percezione largamente diffusa nella comunità scientifica, suggeriscono infatti interventi progressivamente più aggressivi al crescere del rischio coronarico assoluto. È importante sottolineare che la recente nota CUF, che regola la rimborsabilità delle statine nel nostro Paese, si basa sullo stesso principio: le statine sono infatti rimborsabili, a partire dal marzo di quest'anno, ai soggetti con rischio coronarico assoluto, da calcolarsi mediante uno specifico algoritmo, superiore al 20% nei 10 anni successivi.

Anche il più recente documento di linee guida (l'Adult Treatment Panel III, o ATP-III), reso noto il 15 maggio di quest'anno dal National Cholesterol Education Program statunitense, relativo al controllo del colesterolo nella prevenzione delle malattie cardiovascolari, si basa sullo stesso principio concettuale.

Il nuovo documento presenta alcuni elementi notevolmente innovativi. Esso sottolinea il ruolo dello stile di vita in prevenzione coronarica, elevandolo al rango di un intervento di natura "terapeutica". La maggiore attenzione alla dieta e all'attività fisica, in altre parole, può contribuire alla riduzione del rischio coronarico, secondo gli esperti Usa, in modo comparabile ad un trattamento farmacologico adeguato. Esso conferma poi l'esigenza di considerare il rischio globale

di malattia cardiovascolare come il principale indicatore sia dell'opportunità di ogni trattamento preventivo che dell'intensità con cui, in particolare, deve essere condotto il trattamento di controllo del colesterolo.

La massima intensità di trattamento, secondo il documento Usa, andrà riservata ai pazienti con malattia coronarica già presente (infarto miocardico pregresso, angina pectoris ecc.), con pregresso ictus cerebrale, o portatori di un danno aterosclerotico dell'arteria aorta (aneurisma dell'aorta addominale) o di arteriopatie obliteranti degli arti inferiori. Tutti disturbi che sono considerati "equivalenti", sul piano della probabilità di incorrere in un evento coronarico futuro, alla malattia coronarica stessa. A questo gruppo, sulla base di evidenze epidemiologiche ormai molto solide, sono stati aggiunti anche i pazienti diabetici, anche in assenza di manifestazioni aterosclerotiche evidenti (è in realtà noto che quasi la metà dei diabetici, al momento della diagnosi, è già portatore di una malattia coronarica più o meno clinicamente apparente). In tutti questi pazienti il colesterolo LDL andrà ricondotto al di sotto del limite dei 100 mg/dL.

Nei soggetti con rischio minore potrà invece essere sufficiente mirare ad un valore di colesterolo LDL di 130 o 160 mg/dL (ancora a seconda del livello di rischio globale), da raggiungere, se possibile, mediante interventi di correzione dello stile di vita, e solo in seconda battuta mediante interventi di tipo farmacologico.

Gli algoritmi per il calcolo del rischio, in conclusione, rappresentano strumenti importanti per migliorare l'efficienza della prevenzione coronarica. È da ritenere che, se adottato sistematicamente, il loro uso permetterà di ottenere un maggiore ritorno, in termini di salute, dalle risorse assegnate nel nostro Paese alla prevenzione cardiovascolare.