

L'importanza della prevenzione delle malattie cardiovascolari: le nuove linee guida europee

La malattia aterosclerotica cardiovascolare (CVD) è una patologia cronica che si sviluppa e progredisce solitamente in modo asintomatico, sino a rendersi clinicamente manifesta con un evento cardiovascolare. Resta la maggiore causa di morte in Europa, anche se la mortalità per CVD è sensibilmente diminuita negli ultimi decenni in molti Paesi europei¹.

Lo sviluppo di CVD è fortemente legato allo stile di vita, in particolare all'uso di tabacco, ad abitudini alimentari malsane, all'inattività fisica e allo stress psicosociale². L'Organizzazione

Mondiale della Sanità ha dichiarato che oltre tre quarti della mortalità per tutte le malattie cardiovascolari può essere prevenuta apportando adeguati cambiamenti allo stile di vita: la prevenzione cardiovascolare è di conseguenza un insieme coordinato di azioni, a livello pubblico e individuale, che hanno lo scopo di eliminare o minimizzare l'impatto delle CVD e delle loro conseguenze sanitarie, economiche e sociali.

Le basi della prevenzione sono radicate nell'epidemiologia cardiovascolare e nella evidence-based medicine³. L'obiettivo delle linee guida 2012 della quinta Joint Task Force (JTF) delle Società europee in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica è fornire un aggiornamento delle attuali conoscenze in cardiologia preventiva⁴.

PERCHÉ È NECESSARIA LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI?

- La malattia aterosclerotica cardiovascolare, in particolare quella coronarica, rimane la principale causa di morte prematura in tutto il mondo.
- Le malattie cardiovascolari colpiscono sia uomini che donne; di tutti i decessi che si verificano prima dell'età di 75 anni in Europa, il 42% nelle donne e il 38% negli uomini è dovuto a malattie cardiovascolari.
- La mortalità cardiovascolare sta cambiando: i tassi standardizzati per età sono calati nella maggior parte dei Paesi europei, pur restando elevati nell'Europa orientale.
- Oltre il 50% della riduzione della mortalità per CHD è dovuto a cambiamenti nei fattori di rischio e il 40% al miglioramento dei trattamenti.
- Gli sforzi di prevenzione dovrebbero interessare tutta la durata della vita, dalla nascita alla vecchiaia.
- Le strategie preventive rivolte alla popolazione generale e focalizzate sui soggetti ad alto rischio dovrebbero essere complementari: un approccio limitato alle persone ad alto rischio potrebbe rivelarsi poco efficace e dovrebbe essere integrato con programmi di istruzione della popolazione.
- Nonostante le lacune nella conoscenza, vi sono ampie evidenze che giustificano sforzi di prevenzione intensivi rivolti alla popolazione e ai singoli.
- Vi sono ancora margini di miglioramenti sostanziali nel controllo dei fattori di rischio, anche in individui a rischio molto elevato.

LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI PER TUTTA LA DURATA DELLA VITA

La prevenzione delle malattie cardiovascolari dovrebbe idealmente iniziare durante la gravidanza e protrarsi fino alla fine della vita. Invece, nella pratica quotidiana, gli sforzi di prevenzione sono in genere destinati agli uomini o donne, di mezza età o più anziani, con storia di CVD (ossia in prevenzione secondaria) o a soggetti ad alto rischio di sviluppare un primo evento cardiovascolare (per esempio, con fattori di rischio multipli, come fumo, pressione arteriosa elevata, diabete o dislipidemia). La prevenzione cardiovascolare nei giovani, nelle persone molto anziane o in soggetti con un rischio moderato o lieve è ancora limitata, ma può portare a benefici sostanziali.

La prevenzione è in genere classificata come prevenzione primaria o secondaria, anche se la distinzione è arbitraria in considerazione del sottostante sviluppo graduale del processo aterosclerotico.

Gli approcci di prevenzione delle malattie cardiovascolari sono sostanzialmente di due tipologie: la strategia di popolazione e quella rivolta alla sottopopolazione ad alto rischio⁵. La



strategia di popolazione mira a ridurre l'incidenza di CVD a livello di popolazione, attraverso cambiamenti dello stile di vita e ambientali mirati alla popolazione in generale. Questa strategia è principalmente ottenuta attraverso la definizione di politiche ad hoc e di interventi comunitari. Gli esempi includono misure per vietare il fumo e ridurre il contenuto di sale nel cibo. Può portare grandi benefici alla popolazione, anche se può offrire poco al singolo individuo. L'impatto di un tale approccio sul numero totale di eventi cardiovascolari può essere rilevante, perché il bersaglio è costituito da tutti i soggetti e la maggioranza degli eventi avviene nel gruppo più numeroso delle persone a rischio moderato.

Nell'approccio rivolto alla sottopopolazione ad alto rischio, le misure preventive mirano a ridurre i livelli dei fattori di rischio in soggetti a rischio più alto, sia in prevenzione primaria che secondaria. Anche se gli individui interessati da questa strategia hanno più probabilità di trarre beneficio dagli interventi preventivi, l'impatto complessivo sulla popolazione è limitato, perché i soggetti a così alto rischio sono poco numerosi. Per molto tempo la strategia di popolazione è stata ritenuta più costo-efficace, ma l'introduzione di farmaci altamente efficaci per l'abbassamento dei livelli lipidici, il miglioramento dei programmi di cessazione del fumo e la riduzione dei costi dei farmaci antipertensivi hanno aumentato l'efficacia dell'approccio all'alto rischio⁶.

C'è consenso sul fatto che il maggior effetto preventivo si ottiene quando questi approcci

vengono combinati. È importante sottolineare che nel tempo si sono accumulate evidenze a favore del fatto che l'aumento del rischio cardiovascolare inizia in giovane età. Anche l'esposizione a fattori di rischio prima della nascita può influenzare il rischio di CVD⁷. Anche se i bambini sono a rischio assoluto molto basso di sviluppare malattie cardiovascolari, quelli che mostrano un rischio relativo alto rispetto ai loro coetanei avranno più probabilità di andare incontro a un evento cardiovascolare nel corso della vita a causa di una maggior esposizione ai fattori di rischio⁸. Così, uno stile di vita sano tra i giovani è fondamentale, anche se non è possibile ottenere forti evidenze, come quelle derivate da studi clinici randomizzati, dei benefici in termini di ridotta incidenza di malattia cardiovascolare di interventi come programmi scolastici di educazione alla salute o azioni per smettere di fumare.

D'altra parte, la limitata attenzione alla prevenzione delle malattie cardiovascolari negli anziani si è dimostrata ingiustificata. Gli studi hanno dimostrato che le misure preventive (quali l'abbassamento dei livelli pressori e la cessazione del fumo) sono utili fino ad età avanzate^{9,10}.

Tutto ciò conferma l'importanza della prevenzione delle malattie cardiovascolari come sforzo permanente nella vita, purché gli effetti benefici in termini di minore incidenza di eventi cardiovascolari fatali o non fatali o di miglioramento della qualità della vita siano attentamente valutati rispetto ai potenziali danni di specifiche misure preventive (compresi eventuali effetti collaterali dei farmaci) e rispetto ai relativi costi.

IL RUOLO DELLA PREVENZIONE NELLA RIDUZIONE DEI TASSI DI MORTALITÀ CARDIOVASCOLARE

Per interpretare le dinamiche epidemiologiche delle CVD, è importante distinguere gli effetti di una ridotta letalità da quelli degli interventi di prevenzione. Alcuni autori attribuiscono la riduzione della mortalità a un maggiore uso di terapie mediche evidence-based, come la trombolisi, l'intervento coronarico percutaneo e il bypass aortocoronarico, o l'uso di aspirina e ACE-inibitori, mentre altri sottolineano il ruolo

di una migliore gestione dei principali fattori di rischio come fumo, ipertensione e dislipidemia. Il progetto MONICA, condotto nel corso degli anni '80 e '90, ha dimostrato che solo una parte della variazione degli andamenti temporali dell'incidenza di eventi coronarici poteva essere prevista dai trend dei fattori di rischio¹¹. Pertanto si è concluso che sia la prevenzione primaria che il trattamento degli eventi cardiovascolari influenzano la mortalità.

Un altro approccio per comprendere i cambiamenti nei tassi di incidenza e di mortalità CV è mediante l'applicazione di modelli: in base alle informazioni sulle modifiche dei fattori di rischio e sull'efficacia dei trattamenti dai risultati dei trial, si stima l'influenza attesa sulla mortalità coronarica. Le riduzioni dei maggiori fattori di rischio, in particolare fumo, pressione arteriosa e colesterolo, sono responsabili di più della metà della diminuzione della mortalità per malattia coronarica, sebbene siano state parzialmente neutralizzate da un aumento della prevalenza dell'obesità e del diabete di tipo 2; circa il 40% del declino dei tassi di mortalità per malattia coronarica è attribuito a migliori trattamenti di infarto miocardico acuto, scompenso cardiaco e altre condizioni cardiache.

AMPI MARGINI DI MIGLIORAMENTO NEL CONTROLLO DEI FATTORI DI RISCHIO

Nell'ambito del programma globale sulla prevenzione delle CVD della Società Europea di Cardiologia sono state effettuate indagini (EUROASPIRE) per documentare quanto bene le linee guida sono applicate nella pratica clinica. I risultati dell'osservazione in 22 Paesi europei di EUROASPIRE III¹² (2006-2007) in 8966 pazienti ospedalieri con coronaropatia accertata mostrano che una grande percentuale di soggetti non raggiunge gli obiettivi di stile di vita, il controllo dei livelli dei fattori di rischio e i target terapeutici fissati nel 2003 dalla terza JTF. Idealmente, il 100% dei pazienti dovrebbe raggiungere gli obiettivi, ma in pratica meno della metà non è a target. Inoltre, le differenze tra EUROASPIRE I (1996) e EUROASPIRE III rivelano che la percentuale di fumatori non è cambiata e che il controllo della pressione arteriosa non è migliorato nonostante l'uso crescente di far-

maci antiipertensivi, mentre il numero di pazienti obesi continua ad aumentare. D'altra parte, il controllo lipidico è significativamente migliorato.

Il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione CV richiede programmi completi e multidisciplinari che coinvolgano sia i pazienti che le loro famiglie. L'efficacia e la sicurezza di tali programmi sono state dimostrate nel progetto EUROACTION: i cambiamenti dello stile di vita raccomandati e la gestione mirata dei fattori di rischio cardiovascolare sono realizzabili e sostenibili nella vita quotidiana, sia in prevenzione primaria che secondaria¹³.

Manuela Casula, Elena Tragni, Alberico L. Catapano
Società Italiana di Terapia Clinica e Sperimentale

BIBLIOGRAFIA

1. SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network): Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A national clinical guideline, Report No. 97, 2007. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign97.pdf>.
2. World Health Organization: Joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, Report No. 916, 2002.
3. Last JM (a cura di): A dictionary of epidemiology, New York, Oxford University Press, 4th ed, 2001.
4. Perk J et al: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice, Atherosclerosis, 2012, May 14.
5. Rose G: Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14: 32-38.
6. Manuel DG et al: Revisiting Rose: strategies for reducing coronary heart disease. *BMJ* 2006; 332: 659-662.
7. Forsen T et al: Growth in utero and during childhood among women who develop coronary heart disease: longitudinal study. *BMJ* 1999; 319: 1403-1407.
8. Vos LE et al: Adolescent blood pressure and blood pressure tracking into young adulthood are related to subclinical atherosclerosis: the Atherosclerosis Risk in Young Adults (ARYA) study. *Am J Hypertens* 2003; 16: 549-555.
9. Bejan-Angoulvant T et al: Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the lower the better? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2010; 28: 1366-1372.
10. Doolan DM, Froelicher ES: Smoking cessation interventions and older adults. *Prog Cardiovasc Nurs* 2008; 23: 119-127.
11. Tunstall-Pedoe H (WHO): MONICA monograph and multimedia sourcebook, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562234.pdf>.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Prevention of Cardiovascular Disease: Costing Report. 2010. Nice Public Health Guidance 25. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13024/49325/49325.pdf>
13. Wood DA et al: Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371: 1999-2012.