

La Prevenzione Cardiovascolare e il declino della mortalità per cardiopatia ischemica

Cardiovascular Prevention and Coronary Heart Disease mortality decrease

Raffaele Griffo

Monaldi Arch Chest Dis 2004; 62: 2, 114-115.

U.O.C. Cardiologia Riabilitativa - Ospedale La Colletta - Arezano.

Corrispondenza: Dott. R. Griffo; e-mail: raffagriffo@tiscali.it

Da anni è in corso il dibattito sulla prevenzione cardio-vascolare: sulla sua inderogabile necessità, sulle difficoltà di implementazione nel mondo reale, sui modelli organizzativi, sui contenuti e sugli effettivi risultati.

La nostra rivista ha raccolto nella sua ancor breve vita numerosi ed autorevoli contributi.

Al proposito mi sembra utile riportare e commentare i dati emersi da uno studio di Belgin Unal e coll comparso recentemente su *Circulation* [1] che hanno analizzato in modo metodologicamente molto sofisticato ed esaustivo le cause del declino nella mortalità cardiovascolare osservato in Inghilterra e Galles negli ultimi vent'anni ('81-'00), valutando il peso individuale di ciascun elemento (prevenzione primaria, secondaria, miglioramento delle cure farmacologiche, interventistiche e chirurgiche) nel contribuire a questo favorevole risultato.

La riduzione di mortalità cardio-vascolare osservata nella popolazione di età compresa tra 25 e 84 anni è stata del 62% nei maschi e del 45% nelle donne, con una riduzione assoluta di 68.230 decessi rispetto a quelli attesi sulla base dei dati osservati nel 1981.

Il 41.8% di questo risultato è da ascrivere ai trattamenti medici e chirurgici e il 58.2% alle misure di prevenzione primaria.

Tra i trattamenti medici e chirurgici (tab. 1) il 12.6% del beneficio è legato alle cure dello scompenso cardiaco (equamente suddiviso tra cure ospedaliere e territoriali), l'11.2% è attribuito alle cure e misure di prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica (infarto miocardico, angina, ri-vascularizzazioni) in cui viene ricompresa anche la riabilitazione (trattamento in grado di ridurre gli eventi fatali dell'1.1% in assoluto) e i farmaci (aspirina al I° posto con il 2% di peso), circa l'8% per il trattamento dell'infarto miocardico acuto (principalmente per merito della rianimazione cardio-polmonare, dell'aspirina e della trombolisi e

con un contributo molto marginale dell'angioplastica primaria (0.1%), il 3.1% alle cure dell'ipertensione, il 3% alla chirurgia coronarica, l'1.5% alle cure dell'angina instabile e lo 0.8% all'angioplastica.

Tra le misure di prevenzione primaria a livello di popolazione, che contribuiscono per oltre il 58% alla riduzione di mortalità osservata, ben il 48.1% in assoluto (v. tab. 2), superiore a tutti gli interventi medici e chirurgici insieme, è legato al-

Tabella 1. - Percentuale di mortalità cardiovascolare prevenuta o posticipata dai singoli trattamenti medici e chirurgici

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| - Cura dello Scompenso Cardiaco | 12.6% |
| - Misure di Prevenzione II° dopo IMA | 11.2% |
| - Trattamento IMA in fase acuta | 7.7% |
| - Trattamento dell'Ipertensione | 3.1% |
| - Chirurgia Coronarica | 3.0% |
| - Trattamento Angina Instabile | 1.5% |
| - Angioplastica Coronarica | 0.8% |
| - Altro | 1.9% |
| Totale | 41.8% |

Tabella 2. - Percentuale di mortalità cardiovascolare prevenuta o posticipata dalla modificazione del profilo di rischio della popolazione

| | |
|---------------------------------|--------------|
| - Riduzione Tabagismo | 48.1% |
| - Riduzione Colesterolemia | 9.6% |
| - Riduzione Pressione Arteriosa | 9.5% |
| - Diabete Mellito | -4.7% |
| - Sedentarietà | -4.3% |
| - Obesità | -3.4% |
| Totale | 58.2% |

la riduzione osservata, nel ventennio preso in esame, del tabagismo, il 9.6% alla riduzione della colesterolemia e il 9.5% al controllo della pressione arteriosa. Viceversa un peggioramento di alcuni fattori di rischio, tra cui il diabete, l'obesità e la sedentarietà, ha invece provocato una maggiore mortalità del 12.4%.

Questi dati, coerenti con quelli già noti osservati negli USA, in Olanda, Scozia e Nuova Zelanda si prestano ad alcune considerazioni:

- 1) Certamente i risultati sono condizionati dai numeri assoluti di popolazione coinvolta: il grande vantaggio in termini di riduzione di mortalità delle misure di prevenzione primaria è legato alla enorme numero di soggetti coinvolti a differenza del piccolo numero dei pazienti nei quali viene eseguito un trattamento medico-chirurgico. È in pratica lo stesso discorso della prevenzione della morte improvvisa: l'incidenza è molto elevata nei soggetti a rischio, che però sono pochissimi in termini assoluti, mentre è molto bassa nella popolazione generale che però è la stragrande maggioranza dei soggetti colpiti per numeri assoluti;
- 2) Altrettanto chiaramente emerge però la constatazione che, a livello di collettività, la gran parte delle risorse economiche e politiche dovrebbe essere indirizzata laddove è maggiore il vantaggio in termini di salute pubblica e i risultati di questa ricerca non lasciano dubbi sull'opportunità di investire sulle modificazioni intensive dello stile di vita (lotta al tabagismo, alla sedentarietà e alle cattive abitudini alimentari), e sull'educazione sanitaria della popolazione (compreso il trattamento BLS) in modo molto consistente, pari almeno a quanto oggi viene investito in defibrillatori impiantabili o stent tecnologicamente ipersofisticati, senza nulla togliere ovviamente alla loro disponibilità ed utilizzo evidence-based;
- 3) Deve far riflettere il fatto che, come sottolineato dagli autori, il trend peggiorativo di diabete, obesità e sedentarietà ha di fatto cancellato tutto il vantaggio ottenuto in vent'anni di lotta al colesterolo. Su questi fattori di rischio la sfida è appena iniziata;
- 4) Straordinario il contributo della lotta al tabagismo anche nelle sole malattie cardiovascolari, contributo che va ad aggiungersi all'altrettanto consistente vantaggio nella riduzione dei tumori;

- 5) Moderatamente soddisfacenti vanno considerati i numeri relativi alla riduzione di mortalità per scompenso cardiaco e in prevenzione secondaria. Verosimilmente sarebbero ancora migliori se tutti i pazienti eleggibili riceversero un idoneo trattamento (basti pensare all'ancora insufficiente impiego dei betabloccanti nello scompenso, delle statine ecc., e alla modesta fruibilità della riabilitazione e prevenzione secondaria);

Pertanto, per ottenere risultati consistenti in termini di riduzione di mortalità cardiovascolare è necessario lavorare profondamente nella prevenzione innanzitutto primaria ma anche in quella secondaria ancora insufficientemente implementata.

I cardiologi da sempre presi dalla cura delle malattie sono davvero disposti a impegnarsi su questo campo in termini operativi e di riferimento culturale?

A questo proposito, concludo questa breve nota con la acuta riflessione di Mc Kinley che da tempo Giuseppina Majani, alla quale ne debbo la conoscenza, ha il merito di inserire in ogni sua presentazione in tema di prevenzione e follow-up:

A proposito di correzione dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari

“Vedi, a volte va così.

Io sto sulla sponda di un fiume che scorre veloce e sento le grida di un uomo che sta annegando.

E allora io salto nel fiume, lo tiro a riva e gli faccio la respirazione artificiale.

Appena lui comincia a respirare, qualcun altro chiede aiuto. E allora io mi butto nel fiume di nuovo, lo raggiungo, lo tiro a riva e gli faccio la respirazione artificiale, e, di nuovo, appena comincia a respirare, c'è un altro che chiede aiuto. Così: ancora dentro il fiume, raggiungilo, tiralo, fagli la respirazione, e poi ancora un altro.

Io sono così occupato a saltare dentro e tirarli a riva, che non ho neanche il tempo di vedere chi diavolo è che, a monte, li butta dentro.”

(McKinley, 1975; American Heart Association)

Bibliografia

- 1) Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation* 2004; 109: 1101-1107.